

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Mariline Sofia Coelho de Almeida

Sexualidade nos adolescentes: intervenção formativa

II Mestrado em Educação para a Saúde



Viseu, maio de 2016

Mariline Sofia Coelho de Almeida

Sexualidade nos adolescentes: intervenção formativa

II Mestrado em Educação para a Saúde

Estudo efetuado sob a orientação:

Professora Doutora Paula Nelas

Professor Doutor João Carvalho Duarte



Viseu

"A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento".

Platão (s.d.)

Agradecimentos

À Professora Doutora Paula Nelas, orientadora científica, por toda a sua disponibilidade, incentivo, orientação e rigor ao longo da realização de toda a investigação;

Agradeço ao Professor Doutor João Carvalho Duarte, pelo apoio e rigor no esclarecimento de dúvidas, sugestões e tratamento estatístico deste estudo empírico;

Aos meus pais e irmã, por todo o apoio e por me ajudarem a enfrentar e a superar os desafios que foram surgindo ao longo desta caminhada. É também a eles que dedico particularmente este trabalho.

Ao João.

Obrigada, ainda, a todos aqueles que não foram mencionados, mas que certamente sabem o quanto eu estou grata por fazerem parte da minha vida.

Obrigada!

Resumo

Enquadramento – Os adolescentes com acesso a conhecimentos, informação e motivação, para adotarem comportamentos sexuais seguros, serão capazes de alterar as suas atitudes e os seus comportamentos.

Objetivos – Caracterizar os adolescentes relativamente às variáveis de contexto sexual; identificar os conhecimentos dos adolescentes sobre IST e planeamento familiar; identificar as atitudes dos adolescentes face à sexualidade, pílula e preservativos; identificar a motivação dos adolescentes para terem ou não relações sexuais; determinar a eficácia de uma intervenção formativa no âmbito da sexualidade nos conhecimentos sobre IST, Planeamento Familiar, bem como nas suas atitudes face à sexualidade.

Métodos - Investigação experimental de campo. O instrumento de recolha de dados é um questionário, elaborado pela equipa de investigadores do Projeto Monitorização de Indicadores de Saúde Infanto-Juvenil (MISIJ) no domínio temático da “Sexualidade Adolescente”. Este permite caracterizar sociodemograficamente e sexualmente os adolescentes, inclui ainda a Escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes (AFSA) (Nelas et al., 2010), Escala de conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual (Nelas et al., 2010), Escala de atitudes face ao preservativo (Ramos et al., 2009), Escala de atitudes face à pílula (Ramos et al., 2009), Escala de conhecimentos sobre planeamento familiar (Nelas et al., 2010), Escala de motivação para fazer e para não fazer sexo (Alferes, 1997).

Resultados - A amostra é constituída por 56 estudantes do 9º ano de escolaridade (28 do grupo de controlo e 28 do grupo experimental). A maioria dos adolescentes do grupo de controlo é do sexo feminino (71,4%), contrariamente ao grupo de controlo onde 64,3% é do sexo masculino. As raparigas do grupo de controlo revelaram mais conhecimentos sobre infeções transmissíveis sexualmente, em ambos os momentos da avaliação, os adolescentes do sexo masculino, em ambos os momentos, revelam mais conhecimentos sobre o planeamento familiar, comparativamente às adolescentes do género feminino. Aos índices positivos antes da intervenção formativa corresponderam melhores índices após a intervenção formativa.

Conclusão - Os profissionais de saúde devem, através da educação para a saúde, promover atitudes que promovam a saúde sexual e reprodutiva e promover o desenvolvimento de competências indispensáveis para adoção de comportamentos saudáveis.

Palavras-chave - Adolescentes; Sexualidade; Educação sexual; Intervenção formativa.

Abstract

Background - Adolescents with access to knowledge, information and motivation to adopt safer sexual behavior, will be able to change their attitudes and their behavior.

Objectives - Characterize the adolescents in the sexual context variables; identify the knowledge of adolescents about STIs and family planning; identify the attitudes of teenagers towards sexuality, pill and condoms; identify the motivation of adolescents to have or not have sex; determine the effectiveness of an educational intervention in the context of sexuality in knowledge about STI, family planning, as well as their attitudes towards sexuality.

Methods - Experimental research field. The data collection instrument was developed by the research team of the Health Indicators Monitoring Project Children and Youth (MISIJ) in the thematic area of "Adolescent Sexuality". The same consists of a questionnaire on sociodemographic and sexual characteristics of students, range of attitudes to sexuality in adolescents (AFSA) (Nelas et al., 2010), Scale of knowledge about infections of sexual transmission (Nelas et al., 2010), attitudes range against the condom (Ramos et al., 2008), Scale of attitudes towards pill scale of knowledge about family planning (Nelas et al., 2010), motivation scale to do and not to have sex (Alfares, 1997).

Results - The sample consists of 56 students from 9th grade (28 in the control group and 28 in the experimental group). Most adolescents in the control group is the female gender (71.4%), in contrast to the control group, 64.3% which is the male gender. The control group consists of adolescents with a minimum of 13 and maximum of 17 years; the experimental group consists of participants with a minimum of 14 and a maximum of 18 years, students of older experimental group, with a mean age of 15.29. The girls in the control group showed more knowledge about sexually transmitted infections in both evaluation moments, the male adolescents, in both moments, reveal more knowledge about family planning, compared to adolescent females. The positive rates before the training intervention corresponded best rates after the training intervention.

Conclusion: The nurse specialist in health education should promote attitudes and necessary personal skills to adopt healthy behaviors by adolescent.

Keywords: Adolescents; Sexuality; Sex Education; Training Intervention.

Índice

Introdução	19
I Parte – Enquadramento Teórico.....	23
1. Desenvolvimento biopsicossocial na adolescência.....	25
2. Sexualidade adolescente	29
3. Educação para a saúde sexual	39
II Parte – Investigação Empírica.....	47
1. Metodologia.....	49
1.1. Métodos.....	49
1.2. Participantes.....	52
1.2.1. Caracterização Sociodemográfica da amostra.....	52
1.3. Instrumentos.....	53
1.3.1. Escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes (AFSA) (Nelas, Fernandes, Ferreira, Duarte & Chaves, 2010)	54
1.3.2. Escala de conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual (Nelas, Fernandes, Ferreira, Duarte e Chaves, 2010).....	54
1.3.3. Escala de atitudes face ao preservativo (Ramos et al., 2008)	55
1.3.4. Escala de atitudes face à pílula (Ramos et al., 2009).....	55
1.3.6. Escala de motivação para fazer e para não fazer sexo (Alferes, 1997).....	56
1.4. Procedimentos.....	57
1.5. Análise dos dados	57
2. Resultados	59
2.1. Análise descritiva.....	59
2.1. Análise inferencial	62
2.1.1. Conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual	63
2.1.2. Conhecimentos sobre planeamento familiar	64
2.1.3. Atitudes face à sexualidade	66
2.1.4. Atitudes face à pílula anticoncetiva e preservativo	69
2.1.5. Razões e motivos para ter relações sexuais	72
2.1.6. Razões e motivos para não ter relações sexuais	73
2. Discussão dos resultados.....	75
Conclusão	81
Bibliografia	83
Anexos	89

Anexo I – Instrumento de recolha de dados

Anexo II – Autorização da Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGDIC)

Anexo III – Consentimento informado - Pai / Mãe ou Encarregado de Educação

Índice de Figuras

Figura 1 – Esquema de investigação.....	51
---	----

Índice de Tabelas

Tabela 1: Média de idades	53
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos participantes por grupos	54
Tabela 3: Distribuição dos participantes em função de uma relação de namoro	61
Tabela 4: Distribuição dos participantes em função do tempo de namoro	62
Tabela 5: Distribuição dos participantes em função dos interlocutores sobre sexualidade	62
Tabela 6: Distribuição dos participantes em função de prática de relações sexuais	63
Tabela 7: Distribuição dos participantes em função de prática de contraceção	63
Tabela 8: Distribuição dos participantes em função do tipo de contraceção que fazem ..	64
Tabela 9: Opinião sobre a importância da utilização do preservativo	64
Tabela 10: Teste t emparelhado entre conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual antes e após a intervenção formativa	65
Tabela 11: Relação entre os conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual e o género	66
Tabela 12: Conhecimentos face às infeções de transmissão sexual antes e após a intervenção formativa	66
Tabela 13: Test t emparelhado sobre conhecimentos de planeamento familiar antes e após a intervenção formativa	67
Tabela 14: Relação entre os conhecimentos sobre planeamento familiar e género	67
Tabela 15: Conhecimentos sobre planeamento familiar antes e após a intervenção formativa	68
Tabela 16: Test t emparelhado sobre atitudes face à sexualidade antes e após a intervenção formativa	68
Tabela 17: Relação entre atitudes face à sexualidade e género no grupo controlo	69
Tabela 18: Relação entre atitudes face à sexualidade e género no grupo experimental..	70
Tabela 19: Atitudes face à sexualidade em função dos grupos controlo e experimental..	71
Tabela 20: Atitudes face à sexualidade em adolescentes – grupo de controlo e grupo experimental.....	71
Tabela 21: Test t emparelhado sobre atitudes face ao preservativo antes e após a intervenção formativa	72

Tabela 22: Atitudes face ao preservativo em função dos grupos controlo e experimental antes da intervenção formativa.....	72
Tabela 23: Atitudes face ao preservativo em função dos grupos controlo e experimental após a intervenção formativa	73
Tabela 24: Test t emparelhado sobre atitudes face à pílula antes e após a intervenção formativa	73
Tabela 25: Atitudes face à pílula em função dos grupos controlo e experimental antes da intervenção formativa	74
Tabela 26: Atitudes face à pílula em função dos grupos controlo e experimental antes da intervenção formativa	74
Tabela 27: Razões e motivos para ter relações sexuais antes da intervenção	75
Tabela 28: Razões e motivos para ter relações sexuais após a intervenção	75
Tabela 29: Razões e motivos para não ter relações sexuais antes da intervenção	75
Tabela 30: Razões e motivos para não ter relações sexuais após a intervenção	76

Índice de Quadros

Quadro 1 – Desenvolvimento do Adolescente	26
---	----

Introdução

As inúmeras e complexas transformações que acontecem na adolescência tornam os jovens singularmente vulneráveis, o que pressupõe a imprescindibilidade de se investir na sua educação para a saúde, promovendo comportamentos protetores face aos riscos, principalmente no que se refere à sexualidade (Cardoso, Rodrigues, Nelas & Duarte, 2010). Esta preocupação levou a que os ministérios da Educação e da Saúde assumissem em parceria a educação para a saúde em meio escolar.

A promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes assume-se como um importante contributo para a sua formação pessoal e social, tendo esta vindo a ganhar protagonismo nos sectores da Educação e da Saúde, resultando na crescente sensibilização para a relevância da educação sexual como meio de promover a saúde a nível das escolas, através de intervenções formativas (Cardoso et al., 2010).

É na adolescência, caracterizada por transformações profundas, que o jovem procura a sua identidade e descobre a sua sexualidade. Neste processo de transição para a vida adulta, a constante busca do adolescente pelo seu “eu” leva à construção das suas próprias ideologias e valores (Matos, Reis & Ramiro, 2012).

Dada a plasticidade da personalidade que caracteriza a adolescência, os adolescentes são mais recetivos a compreender os conceitos que os podem ajudar a ter uma maturidade física, psicológica e sexual mais saudável do que os adultos (Reis, Ramiro & Matos, 2012). Como tal, é importante que compreendam que a sexualidade pode ser vivida de uma maneira saudável e feliz, protegendo-se de comportamentos de risco que podem resultar em gravidez indesejada, infeções de transmissão sexual (IST), entre outras consequências nefastas para a sua vida (Reis & Matos, 2008).

Atendendo-se ao pressuposto de que é mais fácil adotar comportamentos do que mudá-los, a Educação Sexual, sobretudo em meio escolar, deve iniciar-se antes que os adolescentes tenham comportamentos sexuais e para ser bem-sucedida deve abranger a informação, o conhecimento, bem como a motivação e as competências. Neste sentido, os vários agentes educativos, pais, professores e profissionais de saúde, têm um papel importante a cumprir (Ramiro, 2013).

Em conformidade com a literatura, se os adolescentes tiverem acesso a conhecimentos, informação e motivação para adotarem comportamentos sexuais seguros, serão capazes de alterar as suas atitudes e os seus comportamentos (Belo & Silva, 2004; Ramiro, 2013). Consequentemente, aumentar o conhecimento sobre modos de prevenção

de ITS e desenvolver atitudes positivas face à vivência da sexualidade e face ao uso de métodos anticoncetivos, bem como levar os adolescentes a frequentar a Consulta de Planeamento Familiar são objetivos primordiais em termos de Saúde Sexual e Reprodutiva. Para tal é necessário proceder a uma avaliação de diagnóstico dos conhecimentos e das atitudes que os adolescentes possuem (Avery & Lazdane, 2010).

A Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto, regulamentada pela portaria n.º 196-A/2010, de 9 de abril, prevê a obrigatoriedade da educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário. A educação sexual não significa “ensinar a ter uma relação sexual, mas sim educar o adolescente e responsabilizá-lo pelos seus actos” (Fonseca & Machado, 2007, p.25). Deste modo, a educação sexual consiste num contributo relevante para a formação harmoniosa do adolescente/aluno e para a promoção da saúde sexual, na formação da personalidade, na socialização e na formação de um conjunto de valores pessoais e morais. Estes fundamentos consubstanciam a importância da implementação de programas de intervenção ao nível da educação sexual na escola.

Atendendo ao exposto, e porque este tema se constituiu como uma preocupação, na qualidade de profissional de saúde, formulou-se a seguinte questão de investigação, norteadora do estudo empírico: i) Qual o impacto de uma intervenção formativa para adolescentes, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, nas atitudes face à sexualidade e nos conhecimentos sobre IST e Planeamento Familiar?

Decorrente da questão de investigação, equacionaram-se os seguintes objetivos: i) Caracterizar os adolescentes relativamente às variáveis de contexto sexual; ii) Identificar os conhecimentos dos adolescentes sobre IST e Planeamento Familiar; iii) Identificar as atitudes dos adolescentes face à sexualidade, pílula e preservativos; iv) Identificar a motivação dos adolescentes para terem ou não relações sexuais; v) Determinar a eficácia uma intervenção formativa no âmbito da sexualidade nos conhecimentos sobre IST, Planeamento Familiar, bem como nas suas atitudes face à sexualidade.

No sentido de uma melhor compreensão do presente estudo o corpo do trabalho é constituído por duas partes, o Enquadramento Teórico e a Investigação Empírica. A primeira parte é reservada à fundamentação teórica, onde se abordam conceitos relativos à adolescência, educação para a saúde sexual e os adolescentes e a sexualidade.

A segunda parte abarca todos os conteúdos próprios ao estudo empírico. Assim, na metodologia apresenta-se e descreve-se a investigação desenvolvida, nomeadamente, o tipo de estudo, desenho da investigação, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos e a análise dos dados. Segue-se a apresentação dos resultados e a sua análise estatística. Tem lugar ainda a apresentação e discussão dos resultados

obtidos da análise descritiva e inferencial. O trabalho tem o seu *terminus* com as conclusões mais relevantes e que dão resposta às questões e objetivos de partida.

I Parte – Enquadramento Teórico

1. Desenvolvimento biopsicossocial na adolescência

A adolescência “é um período de transição entre a infância e a idade adulta; é um período de rápida maturação física, cognitiva, social e emocional, à medida que o menino se prepara para ser homem e a menina para ser mulher” (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2014, p. 494).

A adolescência é um período de múltiplas e profundas transformações biológicas, cognitivas, psicológicas e sociais. Estas modificações exigem ao adolescente o cumprimento de determinadas tarefas, consideradas como ações reorganizativas internas e externas, para se tornar adulto com maturidade (Kaplan, Sadock & Grebb, 2007). Estas capacidades variam com as diferentes culturas e com os indivíduos e os seus objetivos. Podem enunciar-se como:

- Aceitação da imagem corporal;
- Aceitação da identidade sexual;
- Desenvolvimento de um sistema de valores próprio;
- Modificações na relação com os pais – Independência;
- Desenvolvimento da capacidade de tomada de decisões;
- Desenvolvimento da identidade adulta.

Johnson (1999) divide o período da adolescência em três estádios: Precoces, Intermedios e Tardios, como se pode constatar no quadro 1.

É de focar que, quanto mais elevado é o nível de desenvolvimento do adolescente, maior é a facilidade com que este aceita a responsabilidade por si e pelos outros, enquanto na adolescência precoce tem apenas uma vaga noção do *Eu*, sendo incapaz de relacionar o comportamento com as consequências. No estado intermédio luta com os seus sentimentos de independência *versus* dependência e, frequentemente, opera através de tentativa e erro, sem pensar muito nas consequências. No terceiro estágio, na adolescência tardia, pode-se observar que já possui uma noção firme do seu *Eu* e pode incorporar com clareza informação abstrata na sua própria vida.

Quadro 1 – Desenvolvimento do Adolescente

sexo	Adolescência precoce (dos 10 aos 14 anos) 1. Pensamento concreto 2. Maior interesse em parceiros do mesmo sexo, mas começa a surgir o interesse pelo outro 3. Conflitos com os pais 4. O adolescente porta-se como uma criança num minuto e como adulto no minuto seguinte
autoestima	Adolescência intermédia (dos 15 aos 16 anos) 1. Aceitação pelo grupo constitui a maior preocupação. Frequentemente determina a 2. O adolescente envolve-se em sonhos, fantasias e pensamento mágico 3. O adolescente luta pela independência face aos pais 4. O adolescente tem comportamentos idealistas e narcisistas 5. Demonstra labilidade emocional, frequentes explosões de fúria e mudanças de humor 6. São importantes as relações heterossexuais
	Adolescência tardia (dos 17 aos 21 anos) 1. O adolescente começa a interessa-se de forma estável pelo sexo oposto 2. O adolescente desenvolve o pensamento abstrato 3. O adolescente inicia a realização de planos para o futuro 4. O adolescente procura independência emocional e financeira em relação aos pais 5. O amor faz parte das relações heterossexuais íntimas 6. Capacidade de tomar decisões já desenvolvida 7. Forte sentido do Eu, como adulto, já desenvolvido

FONTE: Johnson (1999,p.755).

Esta é uma etapa onde múltiplas opções se apresentam ao adolescente, onde se desenrola a sua futura identidade sexual. Estas evoluções processam-se num ambiente de incertezas e de redefinições, traduzindo-se, *grosso modo*, em múltiplos sentimentos, tais como: a angústia, o medo e a incerteza. Esta variedade e confusão de sentimentos resultam da dificuldade em perceber e acompanhar as próprias alterações físicas e psíquicas, pelas quais está a passar (Silva & Deus, 2005).

De acordo com Richards, Abeil e Petersen (1993, cit. por Albuquerque, 2004, p. 180), as mudanças físicas fazem-se acompanhar por alterações dos comportamentos e das atitudes, que, por consequência, afetam o desenvolvimento social e emocional dos adolescentes. Acrescentam, ainda, os mesmos autores que as alterações físicas podem instituir-se como uma fonte de preocupação, acarretando alterações no bem-estar psicológico do adolescente. Assim, a aceitação da modificação do corpo e do aspeto físico, por parte do adolescente, pode resultar-lhe em dificuldades e, simultaneamente, causar-lhes alterações no seu bem-estar psicológico (Berger, 2003).

Alguns estudos sugerem que a preocupação com as alterações e o impacto no bem-estar psicológico dependem de quatro fatores: “a rapidez das modificações; o desenvolvimento precoce ou tardio; a imagem ideal; e avaliação social” (Brooks-Gunn, 1990; Caissy, 1994; Rogers, 1981, cit. por Albuquerque, 2004, p. 180).

Na adolescência, o desenvolvimento físico sexual interfere em quase todas as outras áreas, sendo a sexualidade um fenómeno multidimensional e parte integrante da formação da identidade (Albuquerque, 2004, p. 181).

O desenvolvimento social abarca o processo de aprendizagem de comportamentos e atitudes socialmente responsáveis e adaptados, tendo por base regras e expectativas dos vários grupos a que pertence. Passando a ser capaz de estabelecer e manter relações interpessoais mais amadurecidas com os pares de ambos os sexos e conseguir a independência parental ou de outros adultos de quem anteriormente era dependente (Albuquerque, 2004).

Fatores como as práticas parentais, as expectativas sociais, as culturais e certos modelos perturbam o desenvolvimento social, sendo relevante o relacionamento com os pares e o relacionamento familiar (Albuquerque, 2004). À medida que diminui o grau de dependência dos pais, o grupo de pares torna-se central na vida do adolescente.

O processo pelo qual o adolescente aprende a relacionar-se com os outros, a desenvolver-se em grupos cada vez maiores e mais complexos, denomina-se socialização. Um dos principais agentes da socialização na vida do adolescente é o grupo dos pares, com cujos membros explora ideias e o ambiente físico que o rodeia. O adolescente, no grupo, irá aprender a argumentar, persuadir, negociar, cooperar e a fazer concessões, com o objetivo de manter as suas amizades (Sprinthall & Collins, 2008).

O senso de identidade de grupo é indispensável para o desenvolvimento de um senso de identidade pessoal, dado que os adolescentes têm de resolver questões concernentes aos relacionamentos com o grupo de amigos, mesmo antes de serem capazes de resolver questões em relação a quem são relativamente à família e à sociedade (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2014).

Neste Sentido, Sprinthall e Collins (2008, p. 368) referem que “o ato de compartilhar é a base para a interdependência emocional que os adolescentes habitualmente esperam dos amigos”. Por outras palavras, a personalidade dos amigos e as formas pelas quais respondem uns aos outros tornam-se nos temas centrais da amizade.

Assim, a intimidade é parte integrante daquilo que os adolescentes encaram como amizade. Uma das razões pela qual os adolescentes são capazes de conseguir a intimidade, refere-se ao facto de já serem capazes de pensar de uma forma cada vez mais complexa e madura no que respeita aos outros, acerca si próprios e acerca do género de relacionamento que se pode manter entre duas pessoas.

Sprinthall e Collins (2008, p.368) referem que “a amizade na pré-adolescência e na adolescência satisfaz uma necessidade psicológica básica que é comum a todos os

indivíduos, a necessidade de vencer a solidão”. O grupo de amigos proporciona-lhe um grupo social homogêneo e reduzido, com o qual se identifica e, por inerência, se sente à vontade. Esta integração e relacionamento com o grupo de pares permite-lhe reafirmar a sua própria identidade, desenvolver as suas habilidades de interação social e adquirir uma maturação satisfatória para se integrar na sociedade. O grupo serve igualmente para satisfazer três necessidades básicas do adolescente: definição da sua identidade; integração num meio social estruturado e emancipação da família.

Os adolescentes necessitam de sentir que pertencem a um grupo, o que, de certa forma, lhes garante *status*. Ou seja, o sentimento de pertença a um grupo coadjuva-os no estabelecimento das diferenças entre eles mesmos e os pais. Assim, seguem as tendências do grupo, como, por exemplo, vestem-se à sua semelhança e usam o mesmo corte de cabelo, ouvem as mesmas músicas, entre outras tendências.

A evidência de conformidade dos adolescentes com o grupo de amigos e a falta de conformidade com o grupo dos adultos dão aos adolescentes uma estrutura de referência no qual podem exibir a sua própria auto assertividade enquanto rejeitam a identidade da geração dos seus pais. Ser diferente e não ser aceite e ser alienado do grupo (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2014, p. 499).

Em suma, os autores consultados são unânimes em afirmarem que o relacionamento dos adolescentes com o grupo de pares permite-lhes novas aprendizagens, comportamentos e atitudes de socialização, proporcionando-lhes condições para desenvolver as suas competências sociais. Há uma identificação significativa entre o adolescente e o grupo de pares, na medida em que há uma partilha de valores, os quais são estabelecidos por pares da sua idade, que o avaliam e não impõem algumas sanções, inerentes ao mundo dos adultos, das quais este se tenta libertar.

2. Sexualidade adolescente

A Organização Mundial de Saúde, referenciada por Fonseca e Machado (2007, p.25) define a sexualidade como “uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”. Desta feita, atesta toda a sua abrangência, abarcando as suas várias dimensões orgânicas, fisiológicas, emocionais, afetivas, sociais e culturais. A sexualidade está ligada aos sentimentos e às emoções, às ações e interações, ao corpo e à forma de estar em relação a ele e influencia a saúde física e mental. O termo sexualidade abrange as emoções, os comportamentos e as atitudes, relacionadas à capacidade de procriar, aos padrões sociais e pessoais relacionados com as relações físicas íntimas, ao longo da vida de um indivíduo (Sprinthall & Collins, 2008).

A sexualidade é encarada como um elemento integral da identidade de cada indivíduo, adquirindo maturidade ao longo da vida. Não é sinónimo de sexo, mas resultado da interação de múltiplos fatores, tais como: biológicos, psicológicos e ambientais, sobre o indivíduo. Tem uma função biológica que se refere à capacidade de procriar, de dar e receber prazer. O autoconceito, a identidade psicosexual e a identidade de cada um são fatores que se relacionam com o sentido individual interno da sexualidade e traduzem-se na imagem corporal, identificação com o sexo masculino – homem – ou com o sexo feminino – mulher, bem como com a aprendizagem dos papéis socialmente estabelecidos para ambos os sexos. A forma como cada um vivencia a sua sexualidade sofre importantes influências dos valores e das regras socioculturais vigentes (Johnson, 1999). Neste sentido, e em conformidade com Carvalho, Rodrigues e Medrado (2005, p. 378), pode dizer-se que a sexualidade, enquanto conceito, é multidimensional, remetendo, para uma dimensão psicológica, sendo igualmente “produzida no contexto social, cultural e histórico no qual o sujeito se encontra inserido.”

Desde os primeiros anos de vida, ocorrem manifestações de sexualidade não eróticas, não no sentido da sexualidade adulta mas de origem sexual, que surgem de forma diferente nos dois sexos, ligados ao temperamento, a afetividade e a personalidade, os quais evoluem ao longo do tempo. Assim, a forma como os adolescentes encaram a sua sexualidade depende necessariamente de experiências anteriores, da forma como as vivenciam e as percebem, dependendo, sobretudo, da informação e da educação que lhes é transmitida e que assimilam de uma forma única e pessoal (Sprinthall & Collins, 2008).

Biologicamente, o ser humano está preparado para lidar com a sexualidade desde muito cedo, contudo, a consciência dessa sexualidade ocorre somente com a puberdade, quando surgem as maturações funcionais. Terminada a puberdade, o problema para os adolescentes é o que fazer com o novo corpo, portador de um novo sexo reconhecível. Segundo Braconnier e Marcelli (2000, p.99), "...o desenvolvimento da identidade sexuada assenta primeiro no reconhecimento e, depois na aceitação da nova imagem do corpo que, em si mesmo implica um conteúdo e limites". Este trabalho de reconhecimento e de estabilização progressiva da imagem do corpo tem como finalidade o sentimento de identidade que só se considera adquirido, quando o adolescente se consegue identificar com os distintos sectores da sua vida.

A identidade sexuada é parte integrante da identidade e consiste no facto do adolescente se reconhecer num sexo. Para que o adolescente se reconheça na sua nova imagem corporal e na sua identidade sexual, são necessárias modificações na relação com os pais e respetivas imagens parenterais. O conjunto destes movimentos condiciona a opção que o adolescente fará para eleger os seus futuros parceiros amorosos, ou, por outras palavras, a escolha do objeto sexual (Braconnier & Marcelli, 2000).

É na infância que se constrói a memória afetiva emocional, que mais tarde irá integrar outras funções; segundo Nelas (2010), a relação da díade mãe-bebê é a origem da construção da sexualidade, sendo considerada como a primeira relação amorosa. A autora refere, ainda, que é necessário entender o desenvolvimento psicológico da infância, para se poder compreender o que se passa na adolescência. No que diz respeito à sexualidade, a mesma autora identifica comportamentos inerentes às diferentes fases da adolescência, considerando-se que a primeira fase da adolescência se caracteriza por um comportamento de auto-erotização e de auto-experimentação; na segunda fase da adolescência já há uma forte perceção das diferenças entre os corpos e uma visão crítica do próprio corpo pelo que, sendo assim, esta é a fase em que se exercitam semelhanças e diferenças, que podem envolver experimentação hetero, homo ou bissexual. Na terceira fase da adolescência o envolvimento afetivo é mais instável. Na opinião de Nelas (2010), o adolescente começa a entender, como resultado da sua vivência pessoal, que por meio da procura do outro, encontra prazer, conquista a intimidade, dando início à construção da partilha.

Contrariamente ao que pensam muitos adultos, a sexualidade entre os adolescentes é vivida em contexto de namoro, relação afetiva caracteristicamente regida pelo amor. Para a maioria dos adolescentes a sexualidade não tem sentido se não existir uma relação afetiva, tal como esta não se encontra completa se não incluir a sexualidade; no entanto, é de referir que os adolescentes têm consciência que o facto de existir um compromisso na sexualidade, na relação amorosa, não implica que esta relação seja durável. É importante

referir que para muitos, esta primeira relação sexual, ainda é vista como um ritual de passagem para a idade adulta (Nelas, 2010).

Durante a adolescência, os fatores que têm maior peso e que parecem ter na construção da identidade sexual são a família e o grupo de pares. Os pares influenciam a sexualidade do adolescente através da transmissão de normas mais permissivas ou restritivas pelo modelo de comportamento que fornecem. A família, sobretudo a qualidade da relação mãe-filho é um importante preditor do comportamento sexual do adolescente, tal como a ausência dos pais e pouca supervisão por parte de adultos (Canavarro & Pereira, 2001).

Não há diferenças entre rapazes e raparigas quanto à idade ideal para o início da sua vida sexual, sendo verdade que não existe uma idade certa. Física e emocionalmente todos os adolescentes são diferentes. Paixão (2005, p. 39) refere que “a primeira vez das raparigas acontece sobretudo num contexto de relação amorosa e porque já sentem desejo há um tempo. Já os rapazes desarticulam o relacionamento amoroso da relação sexual. O seu motivo é geralmente a curiosidade e imitação”.

De acordo com um estudo de Cuesta e Benjumea (2001, P. 24), com grávidas adolescentes, “as ideias do amor romântico servem para identificar o namorado como sendo o verdadeiro e guia do seu comportamento durante o namoro.” Considera-se que as adolescentes possuem uma ideia romântica do amor, pois, segundo a mesma autora, “...este é o tempo em que os jovens vivem e constroem as suas identidades. As relações sexuais são parte natural do curso de uma relação amorosa, pelo facto destes associarem sexo e amor” (p. 24).

Ao comportamento sexual associam-se processos afetivos como o desejo, a atracção e o enamoramento. Serão estes processos afetivos, ditos básicos, os mediadores da atividade sexual. O desejo baseia-se num interesse puramente instrumental do objeto de satisfação; a atracção admite um interesse explícito pelo objeto; e o enamoramento envolve um interesse pela pessoa enquanto tal (Vieira, 2015)

É nas relações de namoro que os jovens vão viver a sexualidade. Para Vilar e Ferreira (2009), o erotismo e a sexualidade são os elementos básicos das relações de afeto entre os adolescentes. Os adolescentes percecionam a atividade sexual pré-matrimonial como o que regula a relação com os pares, mesmo que venha a desafiar a moral que os pais lhes incutiram. A prática sexual passou a ser algo de normal no namoro dos adolescentes.

Segundo Bobak, Lowdermilk e Jensen (1999), os *media* têm vindo a influenciar os adolescentes relativamente a sua sexualidade. Os autores prosseguem dizendo que existem

duas razões para o início da atividade sexual: o aumento do desejo sexual, e a menarca precoce. As raparigas iniciam a sua vida sexual com o objetivo de estabelecer um relacionamento baseado na confiança, não acreditando que podem engravidar. Procuram uma estrutura familiar e pensam desde logo nas alternativas possíveis em caso de gravidez (Bobak et al., 2007). Já nos rapazes, de acordo com os referidos autores, o início da atividade sexual deve-se na sua grande maioria a necessidade de pertencer ao grupo, e não propriamente ao desejo. “O rapaz pode não querer ser o virgem do grupo” (Bobak et al., 2007, p.758).

De modo a compreender-se melhor a temática da sexualidade na adolescência, procurar-se-á apresentar estudos realizados neste âmbito, de modo a consubstanciar o estudo empírico do presente trabalho.

Começa-se por referir um estudo realizado por Sousa (2000), que teve como objetivos conhecer os comportamentos, conhecimentos e concepções atitudinais dos adolescentes face à sexualidade, bem como identificar as suas opiniões sobre o funcionamento das consultas de Planeamento Familiar, tratando-se de um estudo transversal, descritivo e analítico com 432 adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 15-19 anos, a frequentar o 10º, 11º e 12º anos de escolaridade, nas escolas secundárias da cidade de Bragança.

Os resultados obtidos indicam que 41,9 % dos adolescentes são sexualmente ativos; os rapazes apresentam uma atividade sexual superior às raparigas. Globalmente os adolescentes inquiridos consideraram-se informados acerca da sexualidade. Apenas uma minoria manifestou ter informação insuficiente. Como agentes responsáveis pela sua informação surgem, em primeiro lugar, os amigos seguidos dos meios de comunicação social. Pelas respostas aos itens utilizados para avaliar as atitudes sobre a sexualidade, a maioria dos adolescentes revelaram atitudes liberais acerca desta, assumindo algumas atitudes tolerantes. As consultas de Planeamento Familiar são pouco frequentadas pelos jovens, o que talvez se deva ao facto do funcionamento destas consultas ser percecionado de forma pouco favorável pelos adolescentes (Sousa, 2000).

Um outro estudo a ser mencionado é o de Pontes (2011) que teve como objetivo a promoção do desenvolvimento psicossocial em meio escolar, concretizado através de um estudo quasi-experimental que envolveu uma amostra de 105 adolescentes a frequentar o 8º ano e com idade média de aproximadamente 13 anos.

Foram constituídos três subgrupos: GE1, adolescentes que beneficiaram de um programa dinâmico e interativo de promoção do desenvolvimento psicossocial ao longo de 18 sessões; GE2, alunos que assistiram a uma sessão expositiva de educação sexual; e

GC, alunos que não beneficiaram de qualquer tipo de intervenção. Foram definidos como objetivos do estudo: i) avaliar o processo de implementação de um modelo dinâmico e interativo de promoção do desenvolvimento psicosssexual numa amostra de adolescentes em meio escolar; ii) verificar o impacto proximal dos programas de educação sexual em meio escolar, através da comparação de dois subgrupos de adolescentes que beneficiaram de um programa desse tipo e de um subgrupo a que não foi aplicado nenhum programa de educação sexual; iii) comparar o impacto de duas metodologias diferentes de educação sexual (modelo dinâmico e interativo de promoção do desenvolvimento psicosssexual *versus* modelo expositivo). O protocolo de investigação incluía um questionário e a Escala de Comportamentos e Atitudes face à Sexualidade. Paralelamente, foram também recolhidos dados de avaliação qualitativos, nomeadamente notas de campo de todas as sessões da intervenção. Foram encontradas diferenças significativas entre os grupos experimentais e o grupo de controlo, mas não foi possível confirmar a hipótese segundo a qual o modelo dinâmico e interativo de promoção do desenvolvimento psicosssexual teria um impacto mais significativo no que diz respeito às atitudes relacionadas com a sexualidade do que a metodologia expositiva (Pontes, 2011).

De acordo com Pontes (2011), a análise dos resultados quantitativos e qualitativos permite concluir que:

- é relevante realizar estudos de avaliação de necessidades e dotar as intervenções de maior validade ecológica;
- intervenções breves no âmbito da educação sexual, mediante a verificação de determinadas características, podem ter um impacto promissor em termos de atitudes sexuais;
- a experiência de uma intervenção mais longa de educação sexual pode ter efeitos significativos em termos de desenvolvimento global, ainda que este aspeto seja difícil de provar;
- a qualidade da relação construída é muito importante quer em termos da implementação da intervenção quer dos seus resultados;
- é necessário, embora difícil, criarem-se instrumentos de avaliação suficientemente sensíveis e discriminativos, capazes de revelar de forma mais objetiva o que em termos qualitativos é evidente;
- é possível retirar destes resultados um conjunto de considerações úteis para o planeamento e implementação de intervenções no âmbito da educação sexual.

Costa (2006) realizou um estudo objetivando conhecer as opiniões dos professores e alunos no que se refere à implementação da educação sexual em contexto escolar, bem como a importância desta última para a aquisição de um melhor nível de saúde dos alunos. Como instrumento de recolha de dados, a autora utilizou um inquérito aplicado a uma amostra constituída por 19 professores que lecionam o Ensino Secundário e 163 alunos também do referido ensino, da Escola Secundária Pluricurricular de Santa Maria Maior de Viana do Castelo. Os resultados obtidos mostram que docentes e alunos atribuem extrema importância à abordagem da temática em causa. Apesar da importância evidenciada, os professores revelam que não abordam a temática da sexualidade com assídua frequência, delegando geralmente esta responsabilidade nos profissionais de saúde. É ainda salientada a falta de formação do grupo docente em abordar temas relacionados com a sexualidade. No que concerne aos alunos denota-se a tendência a reduzir a temática “Educação Sexual” à abordagem dos métodos contraceptivos e prevenção das IST. Consideram que a abordagem de temas relacionados com a sexualidade é fundamental para a sua saúde, porém restringem-se ao domínio das IST, não sendo realçados os domínios dos afetos e das relações humanas, assim como o bem-estar psicossocial dos adolescentes. Presencia-se um significativo desconhecimento por parte dos alunos relativamente aos conceitos de saúde e educação sexual.

Em 2008, Reis e Matos (2008), numa amostra composta por 436 adolescentes estudantes, 364 já tinham iniciado a sua vida sexual. Destes, 74,5% referem ter tido a sua primeira relação sexual aos 16 anos ou mais tarde, 89% usou contraceções na sua primeira relação sexual, nomeadamente o preservativo (78,3%). Os métodos contraceptivos escolhidos habitualmente pelos adolescentes são o preservativo (71,4%) e a pílula (63,%) com o objetivo de prevenir, quer uma infeção sexualmente transmissível, quer uma gravidez não desejável (70,2%). Concluíram também que os rapazes (75,5%) e as raparigas (68,1%) usaram métodos contraceptivos com intenção de prevenir quer uma IST, quer uma gravidez. No entanto, os rapazes, mais frequentemente que as raparigas, fazem-no para prevenir uma IST e as raparigas fazem-no para prevenir uma gravidez.

Refere-se também o estudo de Vieira (2009), desenvolvido numa escola secundária portuguesa e que teve como temática central a análise das experiências, perspetivas e discursos de 91 alunos do 10.º ano de escolaridade a propósito da sua experiência letiva sobre a educação sexual. Assim, o principal objetivo prendeu-se com a compreensão e interpretação das aspirações e das necessidades que estes alunos sentem relativamente a esta temática. Os resultados obtidos nesta investigação revelaram uma elevada concordância, por parte dos alunos, sobre a necessidade de na escola pública portuguesa se tratar com profundidade a educação sexual, entendendo-a como essencial para a sua

formação, construção de identidade, bem como uma mais-valia para a solução de futuros problemas que possam surgir nesta matéria. Estes resultados revelaram ainda que os alunos consideram globalmente positiva toda a experiência letiva tida ao longo do seu percurso escolar. Contudo, constatou-se que os alunos reivindicam uma disciplina para abordar a temática da educação sexual na escola. No que concerne à educação sexual, Vieira (2009) apurou ainda que a resposta, que é proposta pela tutela do Ministério de Educação, nomeadamente nos conteúdos e temas a abordar em educação sexual, está de acordo com os problemas evidenciados pelos adolescentes inquiridos.

Vilar e Ferreira (2009) realizaram um estudo que objetivou saber quais os conhecimentos e Pontes de informação que 2621 adolescentes a frequentar os 10º e 12º anos de 63 escolas secundárias (Alentejo; Açores; Algarve; Centro; Madeira; Norte; Lisboa) possuem sobre a sexualidade. Os seus principais resultados mostram que a mãe e os amigos aparecem como os principais agentes de conversação sobre temas sexuais. O papel da escola tem já alguma relevância na educação sexual dos jovens. No entanto, a escola está maioritariamente centrada numa abordagem de tipo biológico e preventivo feita no contexto das Ciências Naturais. A par desta disciplina, a Formação Cívica e os colóquios têm alguma relevância na educação sexual no 3º Ciclo, enquanto a disciplina de Filosofia assume algum protagonismo no secundário. Embora a maioria dos adolescentes da amostra tenham acertado na maior parte das questões que integravam a escala de conhecimentos usada, os temas mais deficitários, em termos de conhecimentos, são as questões práticas referentes aos métodos contraceptivos e o conhecimento sobre as IST, à exceção do HIV. Se a maioria dos adolescentes afirma ter já abordado estas questões na escola, os autores interrogam-se se está a ser eficaz o tipo de abordagem utilizada.

Vilar e Ferreira (2009) também apuraram que 42% dos adolescentes inquiridos afirmam já ter tido experiência de relações sexuais no contexto de relações amorosas ou de relações ocasionais. A maioria destes adolescentes afirmou ter tido comportamentos preventivos em matéria de gravidez não desejada e das IST, pelo que parece que a lógica preventiva integra já a vivência sexual dos jovens. Existe, no entanto, uma parte significativa, ainda que minoritária, com comportamentos de risco. É reduzido o recurso a profissionais e serviços de saúde, em parte justificado pelo facto de nunca terem sentido essa necessidade. Mas, por outro lado, de acordo com os mesmos autores, poderá estar relacionado com falta de informação e dificuldades de acesso. O estudo sugere que a educação sexual não antecipa o início das relações sexuais e é mesmo um fator de algum adiamento. Neste sentido, Vilar e Ferreira (2009) referem que uma melhor educação sexual diminui alguns aspetos negativos na vivência das relações sexuais, proporcionando uma vivência mais gratificante das mesmas. Assim sendo, concluíram que a educação sexual

tende também a estar positivamente associada a alguns comportamentos preventivos e a uma capacidade de os adolescentes pedirem ajuda, quando necessário.

Neste âmbito, faz-se referência ao projeto piloto do centro de saúde da Figueira da Foz e duas escolas do concelho que, em parceria, objetivaram dinamizar um espaço de debate e informação dirigido aos alunos sobre a sexualidade (Soares, Santos & Gonçalves, 2011). Este projeto está em conformidade com o legislado na Lei n.º 60/2009 e regulamentado pela Portaria n.º 196-A/2010. A criação deste espaço de apoio aos alunos foi considerada uma estratégia prioritária, por se ter constatado uma percentagem muito expressiva de alunos com informações adulteradas sobre a sexualidade. Esta conclusão foi obtida após a aplicação de um questionário aos alunos do 9º ano de escolaridade, cuja finalidade foi avaliar os conhecimentos dos alunos sobre métodos contraceptivos, infeções sexualmente transmissíveis e sexualidade. Concluiu-se que apenas 15% dos alunos obtiveram respostas corretas, denotando que estes, na sua grande maioria, possuem um défice de conhecimentos no que se refere aos métodos contraceptivos, infeções sexualmente transmissíveis e sexualidade (Soares, Santos & Gonçalves, 2011).

É importante ressaltar, neste contexto, que o défice de conhecimentos revelados por muitos adolescentes acerca da sexualidade, métodos contraceptivos e infeções de transmissão sexual se relaciona com a exposição constante a símbolos sexuais e estimulação erótica dos meios de comunicação, associada à sua vulnerabilidade, podem contribuir para uma maior suscetibilidade às influências e, conseqüentemente, resultar na adoção de comportamentos de risco (Caldeira, 2005).

A suscetibilidade dos adolescentes face à sexualidade passam, nomeadamente, por: a falta de preparação para lidar com a sexualidade, o sentimento de invulnerabilidade, barreiras e preconceitos, dificuldade de tomar decisão, baixa autoestima, indefinição de identidade e necessidade de afirmação dentro do grupo de pares (Soares, Santos & Gonçalves, 2011).

Ao serem confrontados com muita informação, nem sempre explícita e por vezes contraditória, muitos adolescentes revelam dificuldade em interpretá-la e na maior parte dos casos não têm ninguém de confiança que os esclareça adequadamente. Neste sentido, o profissional de saúde pode assumir o papel de educador para a sexualidade, ajudando os adolescentes a obterem conhecimentos científicos apropriados ao seu grau de desenvolvimento e dotá-los de saberes que lhes permitam a escolha de comportamentos saudáveis perante a vivência da sua sexualidade (Soares, Santos & Gonçalves, 2011).

Por conseguinte, é importante que o profissional de saúde possua determinados atributos, nomeadamente a autêntica preocupação com o bem-estar físico e psicológico dos

adolescentes, tenha domínio de competências comunicacionais, facilidade de relacionamento, respeite os valores e as crenças dos adolescentes, família e comunidade envolvente e tenha a capacidade de reconhecer situações que necessitem da intervenção de outros profissionais (Soares, Santos & Gonçalves, 2011).

Tendo em conta que a motivação é uma das variáveis a estudar no presente estudo, refere-se que a motivação sexual humana possui características invulgares (Oliveira, Nelas Aparício & Duarte, 2014). Os mesmos autores afirmam que, nos animais, fala-se de motivação sexual como um instinto sexual, todavia, nos seres humanos esta é influenciada pelo instinto sexual e por um conjunto complexo de variados fatores, nomeadamente os fatores hormonais, cognitivos, educacionais e culturais, que estão associados.

Num estudo realizado por Brancal (2007, cit. por Oliveira et al., 2014), os motivos apontados pelos adolescentes para terem relações sexuais variaram entre “para confirmar amor”, o que reforça a importância do relacionamento afetivo e “atração física”. Os motivos aludidos para não ter relações sexuais variaram entre “não se proporcionou” e “por medo de apanhar doenças”, denotativo de alguma preocupação com a saúde.

No estudo de Borges, Latorre e Schor (2007, cit. por Oliveira et al., 2014), realizado com uma amostra de 406 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, observou-se que os beijos e o namoro se demonstraram quase universais na amostra estudada, presumivelmente porque propendem a ocorrer nos primeiros anos da adolescência, ou seja, antes do período compreendido entre os 15 e 19 anos de idade. Esse facto indica que as primeiras manifestações afetivas, amorosas e, presumivelmente, as primeiras experiências pré-sexuais, que normalmente estão presentes em relacionamentos de namoro, acontecem maioritariamente antes dos 15 anos de idade. Os mesmos autores fazem alusão a vários estudos acerca do tema, designadamente os estudos de Askun & Ataca (2007), e asseguram que os jovens aludem a uma série de motivos para iniciarem a sua intimidade física. As raparigas indicam mais vezes motivos como o amor e o afeto, enquanto os rapazes referem mais vezes o prazer físico como principal motivo para o início da atividade sexual.

Neste âmbito, Oliveira et al. (2014), através de um estudo, objetivaram identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam a motivação dos adolescentes para fazer ou não fazer sexo, numa amostra constituída por 545 adolescentes (262 rapazes e 283 raparigas), com uma média de idade de 13,95 anos), a frequentar o 3º ciclo do ensino básico de quatro agrupamentos de escolas, três do concelho do Fundão e uma do concelho de Tabuaço. O estudo mostrou haver diferenças estatísticas entre o sexo e a motivação dos adolescentes para fazer ou não fazer sexo. Os rapazes são os que se apresentam mais

motivados para fazer sexo por motivos de hedonismo e saúde, e a não fazer sexo por medo, conservadorismo/desinteresse e porque é imoral. A motivação das raparigas está relacionada com a interdependência relacional. De igual modo, a escolaridade está associada à forma significativa com a motivação sexual dos adolescentes (Oliveira et al., 2014). Os mesmos autores referem que os resultados demonstram que quer o sexo quer a escolaridade influenciam a motivação dos adolescentes para fazer ou não fazer sexo. Assim, há a necessidade de identificar as causas que motivam as opções dos adolescentes neste âmbito, permitindo aos vários agentes educativos, pais, professores e profissionais de saúde, desenvolver estratégias de intervenção dirigidas às reais necessidades dos alunos.

3. Educação para a saúde sexual

As matérias respeitantes à educação para a saúde e educação sexual têm merecido particular atenção por parte da sociedade portuguesa. Assim, já em 1999, veio a ser publicada a Lei n.º 120/99, de 11 de agosto, que reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva. Esta lei foi regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 25 9/2000, de 17 de outubro, que perspetiva a escola como entidade competente para integrar estratégias de promoção da saúde sexual, tanto no desenvolvimento do currículo como na organização de atividades de enriquecimento curricular, favorecendo a articulação escola-família (artigo 1.º Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de outubro).

A referida legislação incluiu a educação sexual nos currículos do ensino básico e secundário integrada na área da educação para a saúde. O conceito atual de educação para a saúde tem subjacente o pressuposto de que a informação permite identificar comportamentos de risco, reconhecer os benefícios dos comportamentos adequados e suscitar comportamentos de prevenção nos adolescentes.

A educação para a saúde tem como objetivos centrais a informação e a consciencialização de cada adolescente sobre a sua própria saúde e a aquisição de competências que os habilitem para uma progressiva autorresponsabilização.

Neste sentido, a educação sexual foi integrada por lei na educação para a saúde justamente por obedecer ao mesmo conceito de abordagem objetivando à promoção da saúde física, psicológica e social das crianças e adolescentes.

Em 2005, o Governo, através do despacho n.º 25 995/2005 (2.ª série), de 16 de dezembro, decretou a obrigatoriedade de as escolas incluírem no seu projeto educativo a área da educação para a saúde, combinando a transversalidade disciplinar com a inclusão temática na área curricular não disciplinar.

Na sequência e reconhecendo que a educação sexual é uma das dimensões da educação para a saúde, em 2009, através da Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, aprovou-se um conjunto de princípios e regras, em matéria de educação sexual, prevendo a organização funcional da educação sexual nas escolas. Neste contexto, consagram-se as bases gerais do regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, conferindo-lhe o estatuto e obrigatoriedade, com uma carga horária adaptada e repartida por cada nível de ensino, especificada por cada turma e distribuída de forma equilibrada pelos diversos períodos do ano letivo e, por último, estabelecendo-se que a educação sexual deva ser desenvolvida pela escola e pela família, numa parceria que permita respeitar o pluralismo das conceções existentes na sociedade portuguesa.

Com base na Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, que veio estabelecer “a aplicação da educação sexual nos estabelecimentos de ensino básico e ensino secundário” e na Portaria 196-A/2010, de 9 de abril, orientou-se e esclareceu-se o conceito atual de Educação para a Saúde como tendo “subjacente a ideia de que a informação permite identificar comportamentos de risco, reconhecer os benefícios dos comportamentos adequados e suscitar comportamentos preventivos.”

Tendo em conta que o presente estudo incide numa amostra de alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico, em conformidade com esta Portaria, os objetivos mínimos da área de educação sexual devem contemplar os seguintes conteúdos que podem ser abordados nas áreas disciplinares ou nas áreas curriculares não disciplinares:

3.º Ciclo (7.º ao 9.º anos)

Dimensão ética da sexualidade humana:

- Compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que integre valores (por exemplo: afetos, ternura, crescimento e maturidade emocional, capacidade de lidar com frustrações, compromissos, abstinência voluntária) e uma dimensão ética;
- Compreensão da fisiologia geral da reprodução humana;
- Compreensão do ciclo menstrual e ovulatório;
- Compreensão do uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos e, sumariamente, dos seus mecanismos de ação e tolerância (efeitos secundários);
- Compreensão da epidemiologia das principais IST em Portugal e no mundo (incluindo infeção por VIH/vírus da imunodeficiência humana - HPV2/vírus do papiloma humano - e suas consequências) bem como os métodos de prevenção. Saber como se protege o seu próprio corpo, prevenindo a violência e o abuso físico e sexual e comportamentos sexuais de risco, dizendo não a pressões emocionais e sexuais;
- Conhecimento das taxas e tendências de maternidade e da paternidade na adolescência e compreensão do respetivo significado;
- Conhecimento das taxas e tendências das interrupções voluntárias de gravidez, suas sequelas e respetivo significado;

- Compreensão da noção de parentalidade no quadro de uma saúde sexual e reprodutiva saudável e responsável;
- Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas.

Como se depreende, tendo em conta a legislação, um fator fundamental para a transformação das atuais condições de saúde sexual e reprodutiva nos adolescentes é a apropriação de um tipo de conhecimento que questione os atuais padrões e afirme novos modos de convivência e práticas sociais. Um conhecimento que fundamente uma postura crítica e democrática abordando os aspetos emocionais, culturais e éticos que envolvem o tema em questão. Neste sentido, é fundamental a contribuição das escolas em parceria com outros agentes educativos, como são os profissionais de saúde, na implementação das dimensões filosófica, histórico-sociológica, psicológica e biológica em um programa educativo que vise a construção de um sentido ético e saudável da sexualidade e da reprodução humana. O que significa um importante avanço na formação dos adolescentes como cidadãos (Mota, 2008).

A Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, aprovada pela Assembleia da República em 2009, regulamentada pela portaria n.º 196-A/2010, de 9 de abril, estabelece que no ensino básico, a educação sexual se integre no âmbito da educação para a saúde, nas áreas curriculares não disciplinares – Área de Projeto, Formação Cívica ou Estudo Acompanhado. Compete ao diretor de turma a responsabilidade de elaborar, em parceria com a equipa educativa da sua turma, o projeto de educação sexual a ser implementado de forma transversal. Quanto ao 3.º ciclo do ensino básico, a lei contempla as áreas da dimensão ética da sexualidade e a compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que integre valores e uma dimensão ética. A presente portaria estabelece que a “educação sexual deva ser desenvolvida pela escola e pela família, numa parceria que permita respeitar o pluralismo das conceções existentes na sociedade portuguesa”.

Com base no estudo de Matos, Sampaio, Batista e Equipa do Projeto Aventura Social (2013) sobre os indicadores de saúde dos adolescentes em Portugal, integrado na rede europeia HBSC/ OMS, que abrangeu alunos dos 2º e 3º ciclos do ensino básico, numa amostra de 4877 alunos, chama-se a atenção para a necessidade de intervenção na área da Educação para a Saúde e para a Sexualidade, no sentido da promoção de aptidões sócio-individuais que capacitem o adolescente a identificar e resolver problemas, gerir conflitos, melhorar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, subsistir à pressão dos pares de forma a otimizar a sua capacidade nas opções para um estilo de vida saudável.

Neste contexto, surgiu o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE) (2008), promovido pela Administração Regional de Saúde do Norte, IP. (ARSN) através do seu departamento de Saúde Pública (DSP) em parceria com a Direção Regional de Educação do Norte (DREN), que apoia a implementação da educação sexual nas escolas de uma forma estruturada e sustentada, abrangendo um trabalho conjunto entre profissionais de saúde escolar e professores. Este programa tem como objetivos contribuir para a redução de comportamentos de risco e para o aumento de fatores de proteção no que se refere à sexualidade dos alunos, bem como contribuir para a inclusão dos projetos educativos nos currículos. O PRESSE assume-se como uma resposta facilitadora de todo o processo através de medidas de intervenção definidas regionalmente e aplicadas a nível local. O modelo de intervenção PRESSE tem como base a metodologia de projeto e fomenta a intervenção interdisciplinar. Este desenvolve-se em vários “settings”, nomeadamente: formação dos profissionais de Saúde Escolar, professores e psicólogos versando a sexualidade humana, educação sexual e metodologias pedagógicas; disponibilização de recursos pedagógicos que facultam a aplicação dos conteúdos curriculares em educação sexual previstos para os vários níveis de ensino; promoção de iniciativas de complemento curricular que contribuam para a dinamização da educação sexual na escola; apoio à implementação de Gabinetes de Informação e apoio no âmbito da educação para a saúde e educação sexual. O PRESSE envolve alunos e professores do 1º, 2º e 3º ciclos e ensino secundário, mas também pais e encarregados de educação, pessoal não docente e restante comunidade, possuindo todos estes atores um papel ativo no desenvolvimento deste programa. A gestão local do PRESSE é da responsabilidade da Unidade de Saúde Pública (USP) de cada um dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da ARS Norte, I.P. que, no âmbito do Programa de Saúde Escolar, apoia a sua implementação. A operacionalização do programa é assegurada pela Equipa-PRESSE (e-PRESSE), uma equipa multidisciplinar, constituída por: 2 profissionais da saúde escolar (médicos e/ou enfermeiros), pelo professor coordenador de educação para a saúde e, se possível, por um psicólogo a desempenhar funções na saúde ou na educação. Na Escola EB 2,3/S Abel Botelho de Tabuaço, a equipa multidisciplinar é composta por uma enfermeira especialista em saúde comunitária, uma enfermeira especializada em saúde infantil e pediatria e por um professor. Como tal, este programa deseja ser um exemplo de como a comunidade escolar pode assumir um papel basilar na implementação de programas de educação sexual, facultando a possibilidade de complementaridade e multidisciplinaridade entre os diferentes agentes educativos.

É importante ter-se consciência que a adolescência face às intensas mudanças, às múltiplas ruturas e aos numerosos paradoxos que animam todo o adolescente neste

período, é, por natureza, na nossa sociedade, uma época de crise potencial e é entendida *per si* como um fator de risco para uma série de problemas na saúde. Os adolescentes têm de congrega preocupações em termos de saúde global, não só porque o tipo de sociedade e qualidade de vida de amanhã assentam nos jovens de hoje, mas porque têm sido observadas evidências preocupantes de aumento de prevalência e generalização dos comportamentos comprometedores da saúde (Dias, 2013).

A sexualidade, na adolescência, é uma problemática extremamente complexa, associada a múltiplas variáveis (biofisiológicas, psicológicas, sociais e culturais). Como tal, os profissionais de saúde têm igualmente de ter a consciência da complexidade do fenómeno e das muitas variáveis em jogo. Neste sentido, cabe-lhes também contribuir, através da educação sexual, melhorar a saúde dos adolescentes, através do estabelecimento de programas promotores da saúde, que devem decorrer do profundo conhecimento das necessidades e problemas que frequente e gravemente os afetam.

Idealmente, a educação deve ser um processo reflexivo e não de mera transmissão de informação, bem como ter um aspeto socializador, visando o desenvolvimento global do indivíduo, preparando-o para a vida em sociedade e dotando-o de uma capacidade crítica que lhe permita, sempre que necessário, abandonar padrões e recriar aspetos da sociedade. No entanto, ao longo dos séculos, a educação foi utilizada para atingir diferentes finalidades, nomeadamente políticas, religiosas, ideológicas ou sociais, procurando moldar pessoas dentro de determinadas normas e padrões culturais, não permitindo normalmente a contestação de valores.

Tal como em todo o processo educativo, também ao nível da educação para a sexualidade se encontram diferentes quadros de valores orientadores, diferentes objetivos e finalidades que permitem distinguir diferentes modelos educacionais que refletem as várias dinâmicas educacionais.

A educação sexual deverá ser entendida à luz dos conceitos de educação e saúde, ou melhor dizendo, deverá ser entendida sob a perspetiva holística dos adolescentes.

Neste contexto, faz-se referência ao estudo de Cardoso et al. (2010), que através de uma sessão de educação sexual, objetivou identificar os fatores que influenciam o nível de afetividade, crenças e atitudes face à sexualidade, nos adolescentes, antes e após intervenção formativa. Cardoso et al. (2010) realizaram um estudo quantitativo, do tipo investigação-ação, com a aplicação de um questionário antes e após uma sessão de educação sexual nas escolas Viriato e do Viso, em Viseu, tratando-se de uma amostra constituída por 240 adolescentes a frequentar o 9.º ano de escolaridade, com uma média de idades de 14.52 anos. Os resultados mostraram que os adolescentes relataram que falavam

de sexualidade maioritariamente com os amigos, seguidos da mãe e procuravam informação sobre este tema especialmente em livros e revistas. Os autores concluíram também que 18.3% da amostra referiu já ter tido relações sexuais. A afetividade, crenças e atitudes apresentaram níveis mais baixos após a intervenção formativa. Verificaram que os conhecimentos sobre o planeamento familiar, as infeções de transmissão sexual, reprodução e as atividades sociais, a satisfação com a família e a intimidade são preditores da afetividade, crenças e atitudes face à sexualidade (Cardoso et al., 2010).

De acordo com Ramiro (2013, p. 45), em 2010, a UNESCO publicou um documento sobre a Educação Sexual em meio escolar, intitulado “Fatores que Impulsionam o Sucesso – Estudo de casos de programas nacionais de educação sexual”, cujo objetivo foi apontar as condições e ações favorecedoras da criação e implementação de programas de educação sexual. Segundo Ramiro (2013), o documento fulcral para a avaliação da Educação Sexual foi publicado em 2011, sob a designação de “Programas de Educação Sexual na escola – Análise de custos e da relação custo – efeito em seis países”, cujo objetivo consistiu estudar o custo e a relação custo-efeito dos programas de Educação Sexual. A relação custo-efeito da Educação Sexual de qualidade foi determinada com base no custo evitado por caso de VIH, IST e gravidez indesejada prevenidos devido à implementação da Educação Sexual de qualidade.

Outro estudo importante na área é o de autoria de Kirby, Laris e Rolleri (2007), que incluíram na sua metanálise 83 estudos de vários países, objetivando avaliar o impacto o impacto das intervenções formativas no âmbito da sexualidade nos conhecimentos sobre IST, planeamento familiar nos comportamentos sexuais e nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes. De acordo com os mesmos autores, e em relação aos comportamentos sexuais, os resultados demonstraram um impacto positivo, ou seja, protetor das intervenções formativas. Assim, Kirby, Laris e Rolleri (2007) verificaram que 42% dos adolescentes, após a intervenção formativa de Educação Sexual na escola, atrasaram significativamente o início da primeira relação sexual em pelo menos 6 meses; 48% aumentaram o uso do preservativo; e 40% aumentaram o uso de contraceção no geral. No que concerne ao nível de conhecimentos e às atitudes dos adolescentes, os resultados declararam um impacto positivo das intervenções formativas muito expressivo: 90% dos estudantes aumentaram o conhecimento acerca dos meios de transmissão do VIH/SIDA, 100% desenvolveram atitudes mais positivas em relação às pessoas com VIH/SIDA e 64% melhoraram as atitudes face ao uso do preservativo.

Kirby, Laris e Rolleri (2007) constaram, ainda, que cerca de dois terços das intervenções formativas avaliadas melhoraram a autoeficácia e a intenção do uso do preservativo e a comunicação com pais ou com outros adultos sobre relações sexuais,

preservativos e contraceção; mais de metade dos estudantes melhorou a autoeficácia para recusar ter relações sexuais não desejadas e desprotegidas, bem como um número muito significativo de estudantes revelou, após a intervenção formativa, mais conhecimentos sobre as IST. A investigação concluiu que a Educação Sexual em meio escolar tem um impacto positivo nos comportamentos, conhecimentos e atitudes dos estudantes face à vivência da sexualidade.

Refere-se, de igual modo, o estudo desenvolvido por Vilar e Ferreira (2008), em Portugal, que objetivou avaliar o impacto de uma intervenção formativa em contexto escolar no âmbito da Educação Sexual. Os autores verificaram que os estudantes, após a intervenção formativa, foram os que revelaram mais conhecimentos acerca dos temas da sexualidade, sendo esta uma variável que determinou um melhor nível de Educação Sexual; revelaram também mais comportamentos preventivos e maior capacidade de pedir ajuda, quando necessário, comparativamente aos estudantes que não foram sujeitos à intervenção formativa. Verificaram, inclusive, a influência da intervenção formativa na vivência da sexualidade, verificando que os estudantes com melhor nível de Educação Sexual em meio escolar também reportaram uma vivência mais gratificante da sexualidade. Este último aspeto, para além de ser mais difícil de avaliar, é de extrema importância uma vez que a Educação Sexual não se deve restringir apenas à abordagem preventiva, devendo ser também importante a promoção de uma sexualidade gratificante (Vilar & Ferreira, 2008).

II Parte – Investigação Empírica

1. Metodologia

No presente capítulo faz-se a descrição dos procedimentos metodológicos inerentes ao estudo empírico, começando-se pelos métodos que abarca o enquadramento do estudo, questões de investigação, objetivos, tipo de investigação e esquema conceptual de base. Segue-se a apresentação dos participantes, tendo em conta o tipo de amostra e a caracterização sociodemográfica da mesma, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos éticos e os adotados na recolha dos dados, a análise dos dados, onde se especificam os testes estatísticos utilizados.

1.1. Métodos

A adolescência face às fortes mudanças, às múltiplas ruturas e aos numerosos paradoxos que animam todo o adolescente neste período, é, por natureza, uma época de crise potencial e é entendida *per si* como um fator de risco para uma série de problemas na saúde. Esta é uma fase parcelar da vida humana, que se apresenta como uma realidade total e complexa, como um mundo, que se organiza segundo o seu próprio movimento, sem ser fechado, uma vez que está liga à infância que a precede e à idade adulta que vem a seguir (Vilar & Ferreira, 2009).

A sexualidade, nesta etapa da vida, reveste-se de grande importância e manifesta-se através de sonhos, desejos, fantasias, masturbação e relações sexuais. Com a sua inserção em grupos de pares criam-se grandes amizades e possíveis paixões e namoros. Porém, com o despertar da sexualidade, surge a necessidade de desenvolver a responsabilidade e a sensibilização dos adolescentes para a vivência de uma sexualidade saudável. Sem dúvida, o esclarecimento, a informação e a formação dos adolescentes é fundamental para que estes possam viver o mais saudavelmente possível, designadamente no que concerne à sua sexualidade. É um facto real que a gravidez na adolescência e as IST constituem dois consideráveis problemas de saúde pública, cuja incidência tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo particularmente preocupante junto dos adolescentes (Dias, 2013).

Neste contexto, os profissionais de saúde, mormente os que exercem em cuidados de saúde primários, desempenham um papel fundamental na promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, que devem ser consubstanciados na adolescência, nomeadamente a nível da educação sexual. O enfermeiro comunitário pode exercer uma ação muito importante na formação dos adolescentes, visto este grupo etário encontrar-se numa fase de consolidação da sua personalidade e ser pertinente o desenvolvimento de

conhecimentos, por forma a prevenir problemas de saúde com a dimensão e repercussões negativas (Vieira, 2009).

Perante o aumento de problemas associados à vivência da sexualidade na adolescência, tais como o aumento da prevalência de gravidezes na adolescência e de IST, torna-se urgente proceder a uma intervenção sustentada. Todavia, antes de qualquer intervenção, é importante haver um correto diagnóstico. É perante toda esta problemática que naturalmente nos questionamos: i) Qual o impacto de uma intervenção formativa para adolescentes, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, nas atitudes face à sexualidade, pílula e preservativo e nos conhecimentos sobre IST e Planeamento Familiar?

Decorrente das questões de investigação, equacionaram-se os seguintes objetivos: i) Caracterizar os adolescentes relativamente às variáveis de contexto sexual; ii) Identificar os conhecimentos dos adolescentes sobre IST e Planeamento Familiar; iii) Identificar as atitudes dos adolescentes face à sexualidade, pílula e preservativos; iv) Identificar a motivação dos adolescentes para terem ou não relações sexuais; v) Determinar a eficácia uma intervenção formativa no âmbito da sexualidade nos conhecimentos sobre IST, Planeamento Familiar, bem como nas suas atitudes face à sexualidade.

Assim, com base na questão de investigação, nos objetivos formulados e na revisão da literatura elaborou-se o esquema de investigação a seguir apresentado que procura de uma forma pictográfica estabelecer as relações entre as variáveis em estudo

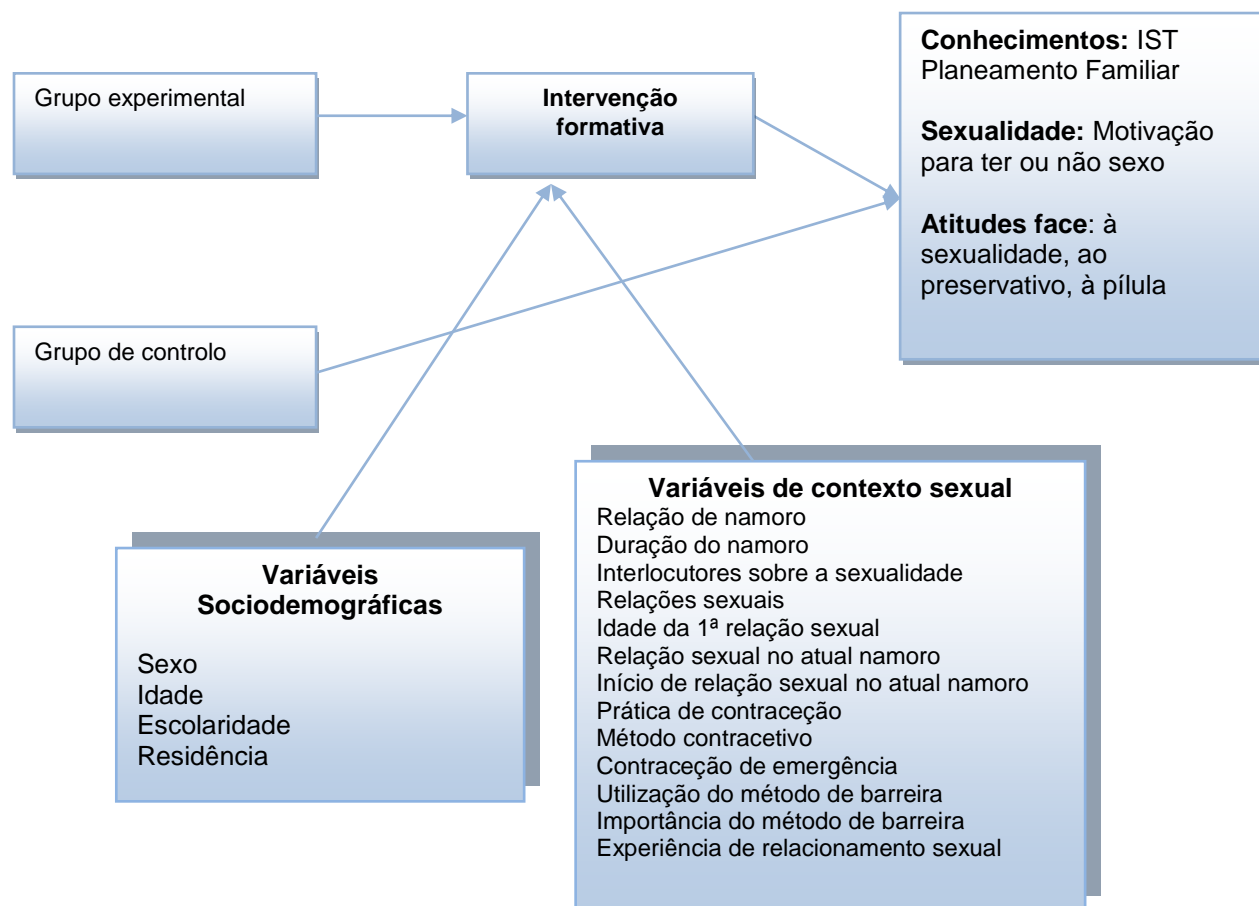
O estudo delineado insere-se no tipo de investigação experimental de campo, ou seja, um tipo de pesquisa que ocorre numa situação real ou natural, em que uma ou mais variáveis independentes são manipuladas pelo investigador, em condições tão cuidadosamente controladas como as que lhe permite a situação (Sampieri, Collado & Lucio, 2006).

Trata-se de um modelo pré-teste/pós-teste com grupo controle no qual os sujeitos não são designados aleatoriamente (NR) aos grupos. Ambos os grupos são pré-testados (O) e pós-testados (O) mas somente o grupo experimental é exposto a intervenção (X).

NR	O	X	O
NR	O		O

Assim., tendo por base o esquema supra, apresenta-se o seguinte delineamento da pesquisa:

Figura 1 – Esquema de investigação



Para além das variáveis submetidas a intervenção pedagógica, são ainda objeto de estudo variáveis de caracterização sociodemográfica e variáveis de contexto sexual que serão descritas no capítulo relativo aos instrumentos.

1.2. Participantes

A amostra é do tipo não probabilística por conveniência, constituída por 56 estudantes do 9º ano de escolaridade que participaram no estudo, sendo 28 do grupo de controlo e 28 do grupo experimental.

Procedemos seguidamente à caracterização sociodemográfica da amostra.

1.2.1. Caracterização Sociodemográfica da amostra

Idade

O grupo de controlo é constituído por adolescentes com uma idade mínima de 13 anos e máxima de 17 anos, (média= 14,71 anos; 1,013dp). No grupo experimental a idade mínima é de 14 e um máximo de 18 anos (média=15,29 anos, desvio padrão= 1,301 anos) (cf. Tabela 2).

Os estudantes do grupo experimental são, em média, mais velhos que os do grupo de controlo mas as diferenças não são significativas ($z = -1.510$; $p = 0.131$). O teste de – Shapiro Wilks (SW) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas platicúrticas e enviesadas à esquerda para os dois grupos e para a totalidade da amostra. Já os coeficientes de variação indiciam uma dispersão baixa face às idades médias encontradas (cf. Tabela 1).

Tabela 1: Média de idades

Idade	Min	Max	M	D.P.	C.V.	Sk/erro	K/erro	P
Grupo de controlo	13	17	14,71	1,013	6,88	1,94	0,06	0,000
Grupo experimental	14	18	15,29	1,301	8,50	1,40	-0,79	0,001
Total	13	18	15,00	1,191	7,94	2,52	-0,32	0,000

No grupo de adolescentes do grupo de controlo, a maioria possui idades inferiores ou iguais a 14 anos (51.9%), enquanto no grupo experimental predominam os adolescentes com idades iguais ou superiores a 16 anos (42,9%).

Género

Constatou-se que no grupo de controlo há um claro predomínio de adolescentes do género feminino (71,4%), contrariamente ao grupo experimental, onde prevalecem os adolescentes do género masculino (64,3%), registando-se diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 2).

Zona de residência

Verificou-se que, em ambos os grupos amostrais, a maioria dos adolescentes reside na vila (grupo de controlo 96,4%; grupo experimental 92,9%). Não se registaram diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) (cf. Tabela 2).

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos participantes por grupos

	Grupo de controlo		Grupo experimental	
	N (28)	% ()	N (28)	% ()
Género				
Masculino	8	28,6	18	64,3
Feminino	20	71,4	10	35,7
Idade				
<= 14 anos	14	51,9	11	39,3
15 anos	7	25,9	5	17,9
>= 16 anos	6	22,2	12	42,9
Aldeia	1	3,6	2	7,1
Vila	27	96,4	26	92,9

1.3. Instrumentos

O instrumento de recolha de dados foi elaborado pela equipa de investigadores do Projeto Monitorização de Indicadores de Saúde Infanto-Juvenil (MISIJ) no domínio temático da “Sexualidade Adolescente” (Anexo I). O mesmo é constituído por um questionário de caracterização sociodemográfica e sexual dos estudantes.

O que questionário é constituído por três partes, a primeira parte tem em vista obter dados sobre a caracterização sociodemográfica e sobre as variáveis de contexto sexual, comportando 12 questões que quantificam as variáveis sexo, idade, local de residência. Permitem também obter informação sobre aspetos relativos às variáveis de contexto sexual, tais como, se namoram, e em caso afirmativo, há quanto tempo, se dialogam sobre sexualidade, e com quem, se já ocorreu o início de relações sexuais, e para os que

responderam afirmativamente, se têm relações sexuais atualmente e ao fim de quanto tempo de namoro as iniciaram, se esse início ocorreu antes ou atualmente, e por fim se usam contraceptivos, sendo ainda questionado para quem o usa, qual o tipo.

1.3.1. Escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes (AFSA) (Nelas, Fernandes, Ferreira, Duarte & Chaves, 2010)

A escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes tem por objetivo avaliar "conhecimentos e atitudes dos adolescentes no âmbito da afetividade e sexualidade" (Nelas, Fernandes, Ferreira, Duarte e Chaves, 2010). É um instrumento psicométrico original, de autorresposta que avalia aspetos relacionados com o namoro, da relação com os pares e os pais e aspetos relacionados com a sexualidade. Totaliza 45 itens elaborados em escala ordinal tipo Likert. Cada item possui cinco alternativas de resposta e a sua cotação processa-se por ordem decrescente, isto é, a primeira opção de resposta em cada item é cotada de 5 e a última de 1 atendendo ao seguinte critério: (5) concordo totalmente, (4) concordo muito; (3) nem concordo nem discordo; (2) discordo muito; (1) discordo totalmente. Os itens 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 16, 18, 22, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 34, 38, 39, 40, 42, 43, 44 e 45 são cotados inversamente, ou seja, (1) concordo totalmente a (5) discordo totalmente. No final, a escala de atitudes face à sexualidade ficou constituída por 26 itens. Somados valores, determina-se o índice de atitudes face à sexualidade e de acordo com a pontuação obtida o alfa global foi de 0.796.

1.3.2. Escala de conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual (Nelas, Fernandes, Ferreira, Duarte e Chaves, 2010)

As infeções de transmissão sexual (ITS) são um problema de saúde pública, ao longo dos anos tem-se vindo a verificar um aumento do número de pessoas que padecem destas infeções devido à mudança de hábitos sexuais dos adolescentes e ao aparecimento da SIDA. A falta de informação faz com que se desconheçam os sintomas que se mantêm mascarados, o que contribui para a sua transmissão. A escala de conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual é uma escala ordinal tipo Likert que foi construída com 24 indicadores possuindo cada um cinco alternativas de respostas a cotação processa-se por ordem decrescente sendo que a primeira é cotada de 5 e a última de 1 atendendo ao seguinte critério: (5) concordo totalmente, (4) concordo muito; (3) nem concordo nem discordo; (2) discordo muito; (1) discordo totalmente. Os itens 2, 7, 9, 17, 18, 19 e 24, 25 são

cotados inversamente o que significa que um (1) corresponde a concordo totalmente e (5) a discordo totalmente. A escala final após estudo de consistência interna que revelou um alfa de cronbach de 0.781, ficou constituída por 20 itens, que no seu conjunto, constituem o índice de conhecimentos sobre planeamento familiar.

1.3.3. Escala de atitudes face ao preservativo (Ramos et al., 2008)

Trata-se de um questionário de autorresposta que pretende avaliar o nível de conhecimentos e as atitudes dos estudantes face ao preservativo e à pílula anticoncetiva. Esta escala continha originalmente 24 itens elaborados numa escala ordinal tipo Likert, tendo cada item cinco alternativas de resposta. A sua cotação processa-se por ordem decrescente sendo que a primeira opção de resposta em cada item corresponde a 5 e a última a 1 atendendo ao seguinte critério: (5) concordo totalmente, (4) concordo; (3) nem concordo nem discordo; (2) discordo; (1) discordo totalmente. É uma escala unifatorial e, após estudo de consistência interna cujo alfa global foi de 0.788, ficou constituída por 13 itens.

1.3.4. Escala de atitudes face à pílula (Ramos et al., 2009)

A escala de atitudes face à pílula é também um questionário de autorresposta construído pelo mesmo autor Ramos et al (2008), que pretende medir quer o nível de conhecimentos, quer o nível atitudinal dos estudantes face à pílula. É constituído por 20 itens elaborados em escala ordinal tipo Likert, com cinco alternativas de resposta, sendo que a sua cotação se processa por ordem decrescente. Neste sentido, a primeira opção de resposta em cada item corresponde a 5 e a última a 1 tendo em consideração o seguinte critério: (5) concordo totalmente, (4) concordo; (3) nem concordo nem discordo; (2) discordo; (1) discordo totalmente. O alfa global obtido foi para esta escala de 0.845.

1.3.5. Escala de conhecimentos sobre planeamento familiar (Nelas, Fernandes, Ferreira, Duarte e Chaves, 2010)

A educação sexual integra-se em vários espaços educativos, no entanto, a realidade demonstra que a forma como tem vindo a ser abordada não é mais eficaz, pois os adolescentes continuam a manifestar atitudes e comportamentos sexuais pouco saudáveis tais como: a antecipação da idade da primeira relação sexual; a duração dos

relacionamentos; a existência de parceiros ocasionais e o uso irregular dos métodos contraceptivos e do preservativo.

Nesta escala constam 25 perguntas autoaplicadas que analisam diferentes aspetos a ter em consideração quando se aborda a problemática do planeamento familiar. Elaborada numa escala ordinal tipo Likert, a cada um dos componentes é atribuída uma pontuação por ordem decrescente que oscila entre 5 e 1 pontos. Uma pontuação de 5 indica uma concordância total, enquanto uma pontuação de 1 indica uma discordância total. Os itens 2, 3, 4, 5, 6, 10, 12, 14, 21, 22, 23 e 25 são cotados inversamente, o que consigna que a primeira opção de resposta é 1 e a última 5. A escala final ficou constituída por 22 itens após estudo de consistência interna Trata-se de uma escala unifatorial com um alfa de cronbach de 0.719.

1.3.6. Escala de motivação para fazer e para não fazer sexo (Alferes, 1997)

A escala de motivação para fazer e para não fazer sexo foi traduzida para a população portuguesa por Alferes (1997), a partir do grupo de Reasons for Having Sex and Reasons for Not Having Sex (Leigh, 1989 cit. por Gouveia et al., 2010). A escala foi inserida no conjunto de Questionários VAC (Valores, Atitudes e Comportamentos) do estudo de Alferes (1997). Foi pedido a cada indivíduo que referisse qual a importância que atribuí a cada um dos 13 motivos para fazer sexo e dos 11 motivos para não fazer, numa escala tipo Likert, em que 1 indicava nada importante a 5 muito importante (Gouveia et al., 2010).

Após a sua adaptação para a população portuguesa e validação, a versão final contempla 17 itens (Gouveia et al., 2010).

As quatro subescalas obtidas a partir da Escala de Motivação para Fazer e para não Fazer Sexo - Versão Adolescentes – são classificadas como: F1 – hedonismo (erotismo e dimensão lúdica) e saúde (itens 1, 4, 5, 6, 7, 8 e 9), F2 – por medo (itens 10, 11 e 12), F3 – Conservadorismo/desinteresse (itens 13, 14, 15, 16 e 17) e F4 – interdependência relacional (itens 2 e 3). As subescalas F1 e F4 correspondem aos motivos para fazer sexo; a F2 e a F3 agrupam os motivos para não fazer. A cotação das subescalas é feita numa escala de 5 pontos, tipo Likert, em que 1 significa nada importante a 5 muito importante (Gouveia et al., 2010).

1.4. Procedimentos

O estudo foi realizado na Escola Eb 2.3 da Murtosa, tendo sido aplicado o questionário ao grupo experimental uma semana antes da intervenção formativa no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e uma semana após a intervenção. Os dois momentos de colheita de dados foram assegurados para o grupo controlo, no entanto, este grupo não foi alvo de intervenção formativa. A aplicação do questionário foi realizada pela equipa que procedeu à formação no âmbito do projeto Monitorização de Indicadores de Saúde Infanto-Juveni- MISIJ. Este projeto envolveu a recolha de dados junto de adolescentes a frequentar Escolas Públicas, a nível nacional, utilizando para tal um instrumento de colheita de dados construído para o efeito, o qual foi aprovado pela Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGDIC) (cf. Anexo II).

Salienta-se que foram solicitadas as devidas autorizações aos autores das escalas, à escola e aos pais dos estudantes, tendo-se-lhes sido informado que a equipa de investigação possuía a autorização do Ministério da Educação e Ciência e do Diretor Escolar da Escola Eb 2.3 da Murtosa. Foi garantido, pela equipa de investigação, o anonimato dos dados recolhidos, os quais se destinam unicamente à realização da investigação.

No sentido de obter a participação do estabelecimento de ensino foi dirigido um pedido de autorização (Anexo III) na aplicação do questionário ao responsável pela instituição de ensino. Após a devida autorização e por uma questão de proximidade e envolvimento no estudo, foram pessoalmente entregues os envelopes contendo o consentimento informado no estabelecimento acima referido, dirigido aos Encarregados de Educação, a ser entregues previamente ao preenchimento do questionário, e também os próprios instrumentos de colheita de dados.

Procedeu-se ao pedido de colaboração voluntária de cada participante, tendo sido explicado o objetivo do estudo, garantido o anonimato e a confidencialidade e todos os princípios éticos e morais referentes aos dados colhidos em Investigação com seres humanos.

1.5. Análise dos dados

Depois de finalizada a colheita de dados, foi feita uma primeira análise a todos os questionários a fim de excluirmos aqueles que por alguma razão não responderam a

qualquer pergunta ou aqueles que estariam incompletos para posteriormente seguirmos para a estatística descritiva e analítica.

Na **estatística descritiva** determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de associação como Correlação de Person e de forma como assimetria e curtose. O coeficiente de variação permite determinar a dispersão dos dados em torno do valor médio e deve ser interpretado segundo os parâmetros (Pestana & Gageiro, 2014):

0% - 15% Dispersão baixa

15% – 30% intermédia

> 30% Dispersão alta

Para a escolha das técnicas estatísticas foram inicialmente considerados dois fatores: o tipo de escalas utilizadas e os objetivos do estudo. Assim, recorreu-se à estatística não paramétrica, dado que a condição da homogeneidade/normalidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Pestana & Gageiro, 2014). Como tal, utilizou-se o teste de *U-Mann-Whitney*, na comparação dos grupos, experimental e de controlo (Pestana & Gageiro, 2014).

Concluídas as considerações metodológicas relativas à investigação, inicia-se, no capítulo seguinte, a apresentação e análise de resultados.

2. Resultados

Este capítulo contém a análise dos resultados obtidos, com vista a dar respostas aos objetivos que foram estabelecidos. O processo de análise está estruturado em estatística descritiva e estatística inferencial.

2.1. Análise descritiva

Os dados que se apresentam referem-se aos resultados obtidos por um questionário, tendo sido inquiridos 56 adolescentes dos quais 28 constituíram um grupo que sofreu intervenção formativa tendo sido designado de grupo experimental e os restantes 28 constituíram o segundo grupo que não foi sujeito a intervenção formativa e foi designado por grupo controlo. Os resultados descritos respondem ao primeiro objetivo que visava caracterizar os adolescentes relativamente às variáveis de contexto sexual.

Relação de namoro

Apurou-se que, em ambos os grupos de participantes, predominam os que não namoram (grupo de controlo 75%; grupo experimental 60,7%). Não se registaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 1.310$; $p > 0,391$) (cf. Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos participantes em função de uma relação de namoro

Relação de namoro	Grupo de controlo		Grupo experimental		Residuais		χ^2	P
	N	%	N	%	1	2		
Não	21	75,0	17	60,7	,5	-,5	1,310	0,391
Sim	7	25,0	11	39,3	-,7	,7		
Total	28	100	28	100				

Tempo de namoro

Dos adolescentes do grupo de controlo que afirmaram namorar, a maioria (57,1%) namora entre 6 meses a 1 ano, sendo esta, uma situação análoga aos adolescentes do grupo experimental (36,4%). Neste grupo, é igualmente significativo o valor percentual (27,3%) dos adolescentes que namoram entre 1 a 6 meses, (cf. Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos participantes em função do tempo de namoro

Tempo de namoro	Grupo de controlo		Grupo experimental	
	N	%	N	%
Menos de 1 mês	2	28,6	1	9,1
Entre 1 a 6 meses	1	14,3	3	27,3
Entre 6 a 1 ano	4	57,1	4	36,4
Entre 1 ano a 2 anos	0	0,0	2	18,2
Mais de 2 anos	0	0,0	1	9,1
Total	7	100	11	100

Interlocutores sobre sexualidade

A Tabela 5 reporta-se aos interlocutores procurados pelos adolescentes para debaterem aspetos relacionados sobre a sexualidade, contemplando apenas os que responderam afirmativamente. Apuramos que, por ordem decrescente, os pares (63.6%) são os mais procurados, seguindo-se a mãe (41.8%) o pai (27.3%) e a namorada (23.6%). Os técnicos de saúde e os professores concretamente são os grupos menos procurado com 5,5% e 10.9%. Pelos percentuais encontrados sobressaem no grupo controlo a procura dos amigos (57.1%) e da mãe (52.2%) e no grupo experimental o (a) namorado(a) com 61.5% e o irmão (57.1%).

Tabela 5: Distribuição dos participantes em função dos interlocutores sobre sexualidade

Interlocutores sobre sexualidade	Grupo de controlo		Grupo experimental		Total	
	N	%	N	%	N	%
Mãe	12	52.2	11	47.8	23	41.8
Pai	7	46.7	8	53.3	15	27.3
Amigos	20	57.1	15	42.9	35	63.6
Namorado	5	38.5	8	61.5	15	23.6
Professores	3	11.1	3	10.7	6	10.9
Irmão	3	42.9	4	57.1	7	12.7
Médico/enfermeiro	2	66.7	1	3.6	3	5.5

Relações sexuais

Constata-se que prevalecem os adolescentes que nunca tiveram relações sexuais (grupo de controlo 96,4%; grupo experimental 78,6%). No grupo controlo, somente um adolescente referiu ter iniciado relações sexuais que ocorreram mais de meio ano depois de começarem o relacionamento. No grupo experimental 21,4% afirmam ter relações sexuais sendo que destes 16.4% iniciaram-nas com menos de meio ano de relacionamento e 83.3% mais de meio ano após.

Tabela 6: Distribuição dos participantes em função de prática de relações sexuais

Relações sexuais	Grupo de controle		Grupo experimental		fisher P
	N	%	N	%	
Não	27	96,4	22	78,6	0.101
Sim	1	3,6	6	21,4	
Total	28	100	28	100	

Prática de contraceção

Constatou-se porém que a prática de contraceção não é inusitado, pois quer no grupo controle (85,7%), quer no experimental (64%), os adolescentes não fazem contraceção (cf. Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição dos participantes em função de prática de contraceção

Prática de contraceção	Grupo de controle		Grupo experimental		Residuais		X ²	P
	N	%	N	%	1	2		
Não	18	85,7	16	64,0	,6	-,6	2,791	0,090
Sim	3	14,3	9	36,0	-1,1	1,0		
Total	21	100	25	100				

Tipo de contraceção

Verificou-se que os 3 adolescentes do grupo de controle que afirmaram fazer contraceção, todos usam preservativo. No grupo de participantes do grupo experimental, 44,4% tomam a pílula e 55,6% usam preservativo. (cf. Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição dos participantes em função do tipo de contraceção que fazem

Tipo de contraceção	Grupo de controlo		Grupo experimental	
	N	%	N	%
Pílula	-	-	4	44,4
Preservativo	3	100	5	55,6
Total	3	100	9	100

Importância de utilizar preservativo

Em ambos os grupos amostrais a grande maioria dos adolescentes considera importante utilizar preservativo, registando-se igual valor percentual (92,9%, respetivamente) (cf. Tabela 9).

Tabela 9: Opinião sobre a importância da utilização do preservativo

Importância de utilizar preservativo	Grupo de controlo		Grupo experimental		Residuais		X ²	P
	N	%	N	%	1	2		
Não	2	7,1	2	7,1	,0	,0	0,000	0,695
Sim	26	92,9	26	92,9	,0	,0		
Total	28	100	28	100				

2.1. Análise inferencial

Depois da análise descritiva, procede-se, neste subcapítulo, à análise inferencial dos dados, mediante a aplicação da estatística analítica, com a finalidade de responder à questão formulada “Qual a eficácia de uma intervenção formativa no âmbito da sexualidade nas atitudes e conhecimentos dos adolescentes?” bem como aos objetivos dela decorrentes.

2.1.1. Conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual

A tabela 10 explana os resultados do teste t para amostras emparelhadas entre o grupo controlo e experimental antes e após a intervenção formativa. Aferimos pela diferença de médias que os conhecimentos sobre esta temática evoluíram positivamente após a intervenção formativa, em ambos os grupos, embora o grupo controlo não tenha sido objeto de intervenção. Os valores de p não são sugestivos de significância estatística e os coeficientes de correlação indiciam associações positivas o que sugere que melhores conhecimentos antes da intervenção nos dois grupos correspondem melhores conhecimentos após a intervenção formativa.

Tabela 10: Teste t emparelhado entre conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual antes e após a intervenção formativa

	Dif Média	dp	t	p	r
Controlo antes vs. depois	-0.333	2.07	-0.835	0.412	0.800
Experimental antes vs. depois	-0.785	2.09	-1.983	0.058	0.570

Analizamos os conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual em função do género no grupo controlo e grupo experimental antes e após a intervenção formativa. Constatou-se que os adolescentes do género feminino revelaram mais conhecimentos sobre infeções transmissíveis sexualmente, em ambos os momentos, quando comparadas com as dos adolescentes do género masculino de acordo com os resultados do teste de UMW mas somente com diferenças significativas ($p=0,032$) depois da intervenção (cf. Tabela 11).

No que se refere aos resultados apurados no grupo experimental, aferimos que em ambos os momentos, ou seja, antes e depois da intervenção, as raparigas revelam mais conhecimentos em relação às infeções de transmissão sexual. Todavia não existem diferenças estatisticamente significativas em qualquer dos momentos ($p>,05$) (cf. Tabela 11).

Tabela 11: Relação entre os conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual e o género

Conhecimentos sobre Infeções de transmissão sexual	Grupo de controlo	
	Antes	Depois
	OM	OM
Masculino	9,94	9,00
Feminino	15,71	16,11
	UMW= 43.500; P=0.080	UMW= 36.000; p= 0.030
Conhecimentos sobre Infeções de transmissão sexual	Grupo experimental	
	Antes	Depois
	OM	OM
Masculino	13,17	13,53
Feminino	16,90	16,25
	UMW= 66.000; P=0.240	UMW= 72.500; p= 0.394

Completamos o estudo acerca dos conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual analisando nos dois grupos os índices sobre os conhecimentos antes e após a intervenção. Dos resultados expressos na tabela 12 afere-se que antes da intervenção o grupo experimental apresentava índices mais elevados condizentes com melhores conhecimentos, o que aliás também é revertível para após a intervenção formativa mas as diferenças em ambos os momentos de avaliação não são significativas

Tabela 12: Conhecimentos face às infeções de transmissão sexual antes e após a intervenção formativa

Conhecimentos face às infeções de transmissão sexual	Antes intervenção		Após intervenção	
	Controlo	Experimental	Controlo	Experimental
	OM	OM	OM	OM
	25.54	30.38	25.39	30.52
	UMW=310.50; p=0.255		UMW=307.500; 0.230	

2.1.2. Conhecimentos sobre planeamento familiar

Analisamos os resultados dos conhecimentos sobre planeamento familiar antes e após a intervenção formativa mostrando a tabela 13 que tanto para o grupo controlo, como experimental, os índices médios de conhecimentos foram mais elevados no segundo momento de avaliação atestado pelo sinal negativo na diferença de médias. Pelos valores de p registamos que a diferença não é estatisticamente significativa. Por outro lado encontramos uma correlação positiva e significativa que nos informa que níveis elevados de conhecimentos sobre planeamento familiar antes da intervenção formativa são traduzidos por mais conhecimentos após a intervenção formativa

Tabela 13: Test t emparelhado sobre conhecimentos de planeamento familiar antes e após a intervenção formativa

Planeamento familiar	Dif Média	dp	t	p	r
Controlo antes vs. depois	-0.111	1.47	-0.391	0.699	0.614
Experimental antes vs. depois	-0.500	2.11	-1.250	0.222	0.425

Na tabela 14 são apresentados os resultados dos conhecimentos sobre planeamento familiar em função do sexo. Evidencia os resultados do teste de UMW a inexistência de significância estatística quer para o grupo experimental quer para o grupo controlo. Todavia denota-se no grupo controlo, mais conhecimentos no sexo masculino antes e depois da intervenção e no grupo experimental estes também são notórios antes da intervenção formativa alterando-se depois desta.

Tabela 14: Relação entre os conhecimentos sobre planeamento familiar e género

Conhecimentos sobre planeamento familiar	Grupo de controlo	
	Antes	Depois
	OM	OM
Masculino	16,00	16.63
Feminino	13,16	12.89
	Z= -0.866; p 0.418	Z= -1.139; p= 0.283
Conhecimentos sobre Infecções de transmissão sexual	Grupo experimental	
	Antes	Depois
	OM	OM
Masculino	14.56	13.78
Feminino	14.40	15.80
	Z= -0.050; P=0.0.981	Z=-0.663; p= 0.555

Analizamos também a relação do grupo controlo vs. grupo experimental antes e após a intervenção formativa. Os resultados explanados na tabela 15 sugerem que o grupo controlo antes da intervenção possuía melhores conhecimentos sobre esta temática com diferenças estatísticas significativas. Após a formação continua a manifestar-se um melhor nível de conhecimentos no grupo controlo, o que já não seria expectável, mas sem significância estatística

Tabela 15: Conhecimentos sobre planeamento familiar antes e após a intervenção formativa

Conhecimentos sobre planeamento familiar	Antes intervenção		Após intervenção	
	Controlo	Experimental	Controlo	Experimental
	OM	OM	OM	OM
	33.72	22.48	31.41	24.71
	Z= -2.660; p=0.008		Z =-1.588; p= 0.112	

1.2.3. Atitudes face à sexualidade

Apresenta-se na tabela 16 os resultados do teste t para amostras emparelhadas das atitudes face à sexualidade nas suas diferentes dimensões. Aferimos pelos resultados do valor de t a inexistência de significância estatística em todas as dimensões e fator global. Pela diferença de médias é curioso verificar que o grupo experimental com exceção do aspeto cultural, obteve índices mais elevados de conhecimentos na primeira avaliação do que após a intervenção formativa.

Tabela 16: Test t emparelhado sobre atitudes face à sexualidade antes e após a intervenção formativa

Atitudes face à sexualidade	Dif Média	dp	t	p	r
Cultural					
Controlo antes vs depois	-0.777	2.69	-1.500	0.146	0.352
Experimental antes vs depois	-0.392	2.83	-0.734	0.469	0.442
Social					
Controlo antes vs depois	-0.111	2.679	-0.215	0.831	0.476
Experimental antes vs depois	0.178	4.675	0.202	0.841	0.456
Afetiva					
Controlo antes vs depois	-0.185	1.664	-0.578	0.568	0.403
Experimental antes vs depois	0.642	2.111	1.611	0.119*	0.366
Psicossocial					
Controlo antes vs depois	-0.074	2.840	-0.135	0.893	0.408
Experimental antes vs depois	0.178	3.906	0.242	0.811	0.251
Atitude (global)					
Controlo antes vs depois	-1.148	4.720	-1.264	0.218	0.575
Experimental antes vs depois	0.607	9.354	0.343	0.734	0.049*

As tabelas 17 e 18 expressam os resultados apurados em relação às atitudes face à sexualidade em adolescentes, tendo em conta 5 dimensões: atitude cultural, atitude social, atitude psicossocial, atitude afetiva e atitude global em função do sexo. A tabela 19 explana os resultados do grupo controlo e como se denota o sexo masculino expressa melhor atitude antes da intervenção em todas as dimensões com exceção na dimensão psicossocial onde é notória a ascensão do sexo feminino. No segundo momento de avaliação, observa-se o oposto com melhores índices registados nas raparigas salvo para a atitude afetiva que é

pertença dos rapazes. Todavia em ambos os momentos de avaliação não se registaram significâncias estatísticas.

Tabela 17: Relação entre atitudes face à sexualidade e género no grupo controlo

Conhecimentos sobre planeamento familiar	Grupo de controlo	
	Antes	Depois
	OM	OM
Cultural		
Masculino	16.38	13.38
Feminino	13.00	14.26
	Z= -1.016; p 0.333	Z= -0.268; p= 0.815
Social		
Masculino	17.44	12.63
Feminino	12.55	14.58
	Z= -1.479; p=0.147	Z=-0.590; p= 0.585
Afectivo		
Masculino	16.05	14.88
Feminino	13.13	13.63
	Z= -0.906; p=0.389	Z=-0.402; p= 0.735
Psicossocial		
Masculino	10.38	10.06
Feminino	15.53	15.66
	Z= -1.561; p=0.132	Z=-1.700; p= 0.095
Atitude (global)		
Masculino	15.00	11.81
Feminino	13.58	14.92
	Z= -0.427; p=0.696	Z=-0.933; p= 0.360

No que respeita ao grupo experimental e de acordo com o apresentado na tabela 18 denotam-se índices mais elevados nas raparigas antes da intervenção formativa com exceção para a atitude cultural. Já após a intervenção formativa os rapazes continuam a manifestar melhor atitude cultural e revelam melhor atitude afetiva que as raparigas mas também não se observam significâncias estatísticas nos dois momentos de avaliação

Tabela 18: Relação entre atitudes face à sexualidade e género no grupo experimental

Conhecimentos sobre planeamento familiar	Grupo experimental	
	Antes	Depois
	OM	OM
Cultural		
Masculino	16.28	15.69
Feminino	11.30	10.61
	Z= -1.550; p 0.133	Z= -1.590; p= 0.118
Social		
Masculino	12.53	11.92
Feminino	18.05	18.17
	Z= -1.707; p=0.089	Z=-1.938; p= 0.053
Afetivo		
Masculino	14.28	15.11
Feminino	14.90	11.78
	Z= -0.204; p=0.869	Z=-1.072; p= 0.322
Psicossocial		
Masculino	14.19	12.36
Feminino	15.05	17.28
	Z= -0.267; p=0.796	Z=-1.529; p= 0.131
Atitude (global)		
Masculino	13.31	12.83
Feminino	16.65	16.33
	Z= -1.033; p=0.308	Z=-1.083; p= 0.298

Atitude face à sexualidade – grupo de controlo e grupo experimental

Finalmente analisamos a relação entre o grupo controlo e o grupo experimental, tendo-se verificado que antes da intervenção formativa os adolescentes do grupo experimental revelavam atitudes mais positivas, salvo para a atitude social que se observa no grupo controlo. Todavia, não se registam diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 19).

Tabela 19: Atitudes face à sexualidade em função dos grupos controlo e experimental

Atitudes face à sexualidade em adolescentes	Antes da intervenção		Antes	
	Controlo	Experimental		
	OM	OM	UMW	p
Atitude cultural	24,93	30,96	295,000	,159
Atitude social	31,37	24,75	287,000	,124
Atitude psicossocial	27,54	28,45	365,500	,832
Atitude afetiva	25,41	30,50	308,000	,218
Atitude total	27,69	28,30	369,500	,886

Após a intervenção formativa prevalece melhor atitude cultural e psicossocial no grupo experimental mas decresce no que respeita A atitude afetiva e fator global que passou a ser mais notório no grupo controlo, mas as diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 20).

Tabela 20: Atitudes face à sexualidade– grupo de controlo e grupo experimental

Atitudes face à sexualidade em adolescentes	Após a intervenção		Depois	
	Controlo	Experimental		
	OM	OM	UMW	p
Atitude cultural	24,96	30,93	296,000	,163
Atitude social	31,78	24,36	276,000	,084
Atitude psicossocial	27,96	28,04	377,000	,986
Atitude afetiva	29,89	26,18	327,000	,367
Atitude total	29,67	26,39	333,000	,448

1.2.4. Atitudes face à pílula anticoncetiva e preservativo

Seguem-se os resultados apurados em relação às atitudes face ao preservativo, tendo em conta 3 dimensões: funcionalidade, culpabilidade e atitude face ao preservativo. Os resultados do teste t indicam que a intervenção formativa teve repercussões no grupo experimental em relação à funcionalidade com diferenças estatísticas significativas e atitude face ao preservativo (global) conforme nos indica o índice negativo da diferença de médias. No grupo controlo os índices médios são mais elevados antes da intervenção formativa. As diferenças encontradas não são significativas. Os coeficientes de correlação são positivos aferindo-se assim que a índices positivos antes da intervenção formativa correspondem melhores índices após a intervenção formativa (cf. Tabela 21).

Tabela 21: Test t emparelhado sobre atitudes face ao preservativo antes e após a intervenção formativa

Atitudes face ao preservativo	Dif Média	dp	t	p	r
Funcionalidade					
Controlo antes vs depois	0.222	4.361	0.265	0.793	0.163
Experimental antes vs depois	-2.142	3.628	-3.125	0.004	0.395
Culpabilidade					
Controlo antes vs depois	0.666	1.797	1.927	0.065	0.539
Experimental antes vs depois	0.000	3.990	0.000	1.000	0.077
Atitude face ao preservativo (global)					
Controlo antes vs depois	0.888	4.725	0.977	0.337	0.343
Experimental antes vs depois	-2.142	5.904	-1.920	0.065	0.203

Os resultados expostos na Tabela 22 demonstram que, antes da intervenção, foram os adolescentes do grupo de controlo a revelar melhor funcionalidade acerca do preservativo pois o seu valor médio é mais elevado em relação aos adolescentes do grupo experimental (OM=29,94). Também em relação à culpabilidade, foram os adolescentes do grupo de controlo a apresentar uma média mais elevada (OM=28,11), bem como em relação ao preservativo (OM=29,50), mas as diferenças não são significativas.

Tabela 22: Atitudes face ao preservativo em função dos grupos controlo e experimental antes da intervenção formativa

Atitudes face à sexualidade em adolescentes	Antes da intervenção		Antes	
	Controlo	Experimental		
	OM	OM	UMW	p
Funcionalidade	29,94	26,13	325,500	,374
Culpabilidade	28,11	27,89	781,000	,959
Atitude face ao preservativo	29,50	26,55	337,500	,494

Após a intervenção, verificou-se que, na globalidade, foram os participantes do grupo experimental a revelar médias mais elevadas nas três dimensões, sobressaindo a atitude mais favorável face ao preservativo (OM=32,23), onde se constatou diferença estatisticamente significativa ($p=0,045$), significando que a intervenção resultou numa atitude mais positiva dos adolescentes do grupo experimental face ao uso do preservativo (cf. Tabela 23).

Tabela 23: Atitudes face ao preservativo em função dos grupos controlo e experimental após a intervenção formativa

	Após a intervenção		Antes	
	Controlo	Experimental		
	OM	OM	UMW	p
Funcionalidade	24,30	31,57	278,000	,090
Culpabilidade	25,28	30,63	304,500	,203
Atitude face ao preservativo	23,61	32,23	259,500	,045

Analisando os resultados das atitudes face à pílula, afere-se pela diferença de médias que a intervenção formativa contribuiu para melhores atitudes no grupo experimental tanto na funcionalidade como na culpabilidade e atitude global, mas sem produzir evidências significativas (cf. Tabela 24)

Tabela 24: Test t emparelhado sobre atitudes face à pílula antes e após a intervenção formativa

Atitudes face à pílula	Dif Média	dp	t	p	r
Funcionalidade					
Controlo antes vs depois	1.555	4.854	1.665	0.108	0.243
Experimental antes vs depois	-0.464	4.741	-0.518	0.609	0.425
Culpabilidade					
Controlo antes vs depois	0.592	6.646	0.463	0.647	-0.001
Experimental antes vs depois	-1.857	6.427	-1.529	0.138	0.366
Atitude face à pílula (global)					
Controlo antes vs depois	2.148	10.113	1.104	0.280	0.125
Experimental antes vs depois	-2.321	9.925	-1.238	0.227	0.438

Analisamos ainda as atitudes face à pílula antes e após a intervenção formativa nos grupos controlo e experimental. Pela tabela 25, o teste de UMW revela que o grupo controlo possuía melhores atitudes face à pílula que o grupo experimental tanto na componente funcionalidade como na culpabilidade e fator global, mas as diferenças entre grupos não são suficientemente fortes para produzir evidências.

Tabela 25: Atitudes face à pílula em função dos grupos controlo e experimental antes da intervenção formativa

	Antes da intervenção		Antes	
	Controlo	Experimental		
	OM	OM	UMW	p
Funcionalidade	31.15	24.96	293.000	0.150
Culpabilidade	28.37	27.64	368.000	0.865
Atitude face ao preservativo	29.43	26.63	339.500	0.516

Após a intervenção formativa o cenário altera-se substancialmente dado que é o grupo experimental a apresentar índices mais elevados, embora se mantenham a inexistência de significância estatística (cf. Tabela 26).

Tabela 26: Atitudes face à pílula em função dos grupos controlo e experimental antes da intervenção formativa

	Após a intervenção		Antes	
	Controlo	Experimental		
	OM	OM	UMW	p
Funcionalidade	27.50	28.46	365.000	0.826
Culpabilidade	24.30	31.57	278.000	0.087
Atitude face ao preservativo	25.41	30.50	308.000	0.236

1.2.5. Razões e motivos para ter relações sexuais

Apresentam-se seguidamente os resultados obtidos em relação às razões e motivos para os adolescentes terem relações sexuais, tendo as razões sido consideradas em duas dimensões: hedonismo, interdependência.

No que se refere às razões para os adolescentes terem relações sexuais, em conformidade com os dados expostos na Tabela 27, verifica-se que, para o hedonismo, antes da intervenção, ambos os grupos amostrais apresentam índices médios iguais (OM=6,00). Já no que concerne à interdependência, constatou-se que os adolescentes do grupo de controlo, no momento antes, foram os que se revelaram mais interdependentes, pois revelam um índice médio mais elevada (OM=9,00). Esta é uma situação análoga em relação aos motivos que levam os participantes a ter relações sexuais, já que voltaram a ser os adolescentes do grupo controlo a revelar um valor médio mais alto (OM=7,50). Não são significativas as diferenças encontradas.

Tabela 27: Razões e motivos para ter relações sexuais antes da intervenção

	Antes da intervenção		Antes	
	Controlo	Experimental		
	OM	OM	UMW	p
Hedonismo	6,00	6,00	5,000	1,000
Interdependência	9,00	5,70	2,000	,329
Motivos para ter	7,50	5,85	3,500	,634

Após a intervenção, continuam os participantes do grupo de controlo a apresentar índices médias mais elevadas para o hedonismo (OM=9,00), interdependência (OM=10,25) e motivos (OM=9,00) registando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação à interdependência ($p=0,038$) (cf. Tabela 28).

Tabela 28: Razões e motivos para ter relações sexuais após a intervenção

	Após a intervenção		Após	
	Controlo	Experimental		
	OM	OM	UMW	p
Hedonismo	8,50	5,44	4,000	,234
Interdependência	10,25	5,06	,500	,038
Motivos para ter sexo	9,00	5,33	3,000	,156

1.2.6. Razões e motivos para não ter relações sexuais

Também procuramos saber as razões e motivos para os adolescentes não terem relações sexuais, tendo-se estas analisado em duas dimensões, conservadorismo e medo para além do fator global.

Constatou-se que, na globalidade, foram os adolescentes do grupo de controlo a revelarem índices médios mais elevada, embora no conservadorismo e medo o grupo experimental obteve melhor pontuação antes da intervenção formativa mas sem significância estatística entre grupos (cf. Tabela 29).

Tabela 29: Razões e motivos para não ter relações sexuais antes da intervenção

	Antes da intervenção		Antes	
	Controlo	Experimental		
	OM	OM	UMW	p
Conservadorismo	21,56	23,86	209,500	,557
Medo	22,65	22,28	230,000	,923
Motivos para não ter sexo	22,83	22,03	225,500	,839

Após a intervenção formativa o cenário altera-se com pontuações mais elevadas registadas no grupo controlo, mas não se registando igualmente valores significativos entre os grupos (cf. Tabela 30).

Tabela 30: Razões e motivos para não ter relações sexuais após a intervenção

	Após a intervenção		Após	
	Controlo	Experimental		
	OM	OM	UMW	p
Conservadorismo	22,98	21,87	225,500	,775
Medo	24,28	20,16	193,000	,289
Motivos para não ter sexo	23,62	21,03	209,500	,506

2. Discussão dos resultados

Os adolescentes, por norma, são classificados como um grupo latente de risco, principalmente pelos seus comportamentos sexuais, abarcando o início precoce da atividade sexual, o uso incorreto do preservativo, a duração dos relacionamentos e a prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros (Correia, 2013). Por outro lado, ainda de acordo com o mesmo autor, os jovens que recebem uma educação centrada na informação sobre a sexualidade e a contraceção, iniciam a sua vida sexual mais tarde e de uma forma mais consciente. Como tal, ganha toda a pertinência saber-se qual o impacto de uma intervenção formativa no âmbito da sexualidade nas atitudes e conhecimentos dos adolescentes sobre infeções sexualmente transmissíveis e planeamento familiar.

Os resultados apurados permitiram traçar um perfil dos participantes, onde se concluiu que a maioria dos adolescentes do grupo de controlo é do género feminino (71,4%), contrariamente ao grupo experimental, 64,3% que é do género masculino. O grupo de controlo é constituído por adolescentes com um mínimo de 13 anos e o máximo de 17 anos; o grupo experimental é constituído por participantes com um mínimo de 14 e um máximo de 18 anos, sendo os estudantes do grupo experimental mais velhos, com a média de idades de 15,29. No grupo de adolescentes do grupo de controlo, a maioria possui idades inferiores ou iguais a 14 anos (53,6%), enquanto no grupo experimental predominam os adolescentes com idades iguais ou superiores a 16 anos (42,9%). Em ambos os grupos amostrais, a maioria dos adolescentes reside na vila (grupo de controlo 96,4%; grupo experimental 92,9%). Os resultados apurados, no que se refere ao sexo dos participantes, estão em conformidade com os observados por Oliveira et al. (2014), onde prevaleceram as raparigas, com uma média de idade de 13,95 anos, a frequentar o 3º ciclo do ensino básico.

Verificou-se que, em ambos os grupos de adolescentes predominam os que não namoram (grupo de controlo 75%; grupo experimental 60,7%). Os resultados obtidos no presente estudo corroboram os encontrados por Correia (2013), onde apenas 25,3% dos adolescentes afirmaram que namoravam, sendo a percentagem semelhante nos dois sexos (25,8% dos rapazes e 24,9% das raparigas). Por sua vez, Brancal (2009) encontrou resultados diferentes, na medida em que 42,4% dos adolescentes referiram namorar.

Dos adolescentes do grupo de controlo que afirmaram namorar, a maioria (57,1%) namora entre 6 a 1 ano, sendo esta uma situação análoga aos adolescentes do grupo experimental (36,4%), sendo igualmente significativo o valor percentual (27,3%) dos adolescentes que namoram entre 1 a 6 meses. Prevaecem os adolescentes que nunca tiveram relações sexuais (grupo de controlo 96,4%; grupo experimental 78,6%). No grupo de controlo, 21,4% dos adolescentes já tiveram relações sexuais. Alguns estudos realizados

em Portugal mostram que cerca de 23% da população jovem se inicia sexualmente com menos de 16 anos e cerca de 24% dos adolescentes não utiliza os contraceptivos de forma consistente (Nodin, 2001). Num inquérito realizado a adolescentes, os dados relativos à iniciação sexual apontam para que a maioria dos jovens (cerca de 49%) começa a ter relações sexuais no intervalo que vai dos 15 aos 17 anos (Sousa & Ferreira, 2003). Segundo Brás (2008), que realizou um estudo centrado nos conhecimentos dos adolescentes sobre a sexualidade, o início da atividade sexual nos rapazes foi aos 14 anos, sendo a média de 16 anos, enquanto as raparigas iniciaram a atividade sexual aos 16 anos, com uma média de 16,6 anos. Os rapazes raramente utilizam algum método contraceptivo e quando utilizam, o preservativo é o método escolhido, 87% das raparigas que tiveram relações sexuais utilizam a pílula como método contraceptivo. Também Sampaio e Silva (2006) observaram que 20% dos adolescentes da sua amostra eram sexualmente ativos, 83% usava sempre métodos contraceptivos e 17% usavam-nos ocasionalmente.

No presente estudo, os adolescentes do grupo de controlo teve relações sexuais ao fim de mais de meio ano de relacionamento (100%). No grupo experimental, 83,3% também tiveram relações sexuais ao fim de meio ano de relacionamento, enquanto 16,7% foi antes de menos de meio ano, tendo a maioria afirmado que não fazem contraceção (grupo de controlo 85,7% vs. grupo experimental 64%), o que corrobora os resultados encontrados pelos autores supracitados. Apenas 3 adolescentes do grupo de controlo confirmaram que fazem conceção, usando o preservativo. No grupo de participantes do grupo experimental, os que admitiram fazer contraceção mencionaram a pílula e o preservativo. Na mesma linha, Correia (2013) constatou que a maioria dos adolescentes (81,0%) não faz contraceção e dos que fazem contraceção, tal como apurado no presente estudo, utilizam o preservativo e a pílula.

Conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual

No que concerne aos conhecimentos dos adolescentes sobre infeções de transmissão sexual, constatou-se que as raparigas do grupo de controlo revelaram mais conhecimentos sobre infeções transmissíveis sexualmente, em ambos os momentos da avaliação, ou seja, antes e depois da intervenção, resultando em diferenças estaticamente significativas ($p=0,032$) depois da intervenção, indicando o género interfere no conhecimento acerca das infeções de transmissão sexual. Igual resultado foi o obtido em relação ao grupo experimental, onde, em ambos os momentos, as raparigas revelaram mais conhecimentos em relação às infeções de transmissão sexual, o que corrobora os resultados encontrados

por Reis e Matos (2008) e por Vilar e Ferreira (2009), cujos estudos indicam que as raparigas, na sua maioria, têm mais conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual comparativamente aos rapazes. Neste âmbito, importa referir que muitas vezes os adolescentes têm uma baixa perceção do risco das infeções de transmissão sexual por causa do egocentrismo e da inability de reconhecerem as semelhanças entre si próprios e os outros. Estas características resultam, grosso modo, no facto de os adolescentes poderem imaginar que são invulneráveis a possíveis situações de risco (Martins, 2010). Por outro lado, a mesma autora salienta que alguns autores sugerem que a falta de conhecimento dos adolescentes acerca das infeções de transmissão sexual resulta do facto das campanhas de prevenção/sensibilização e dos *curricula* escolares incidirem, quase exclusivamente, sobre a SIDA (Martins, 2010), o que consubstancia a necessidade de uma intervenção formativa no âmbito da sexualidade. Inclusive, no presente estudo, confirmou-se que o grupo experimental revelou mais conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual, depois da intervenção.

Conhecimentos sobre planeamento familiar

No que concerne aos resultados do grupo de controlo em termos de conhecimento sobre o planeamento familiar, os mesmos demonstram que são os adolescentes do sexo masculino, em ambos os momentos, a revelarem mais conhecimentos sobre o planeamento familiar, comparativamente às adolescentes do género feminino. Todavia, no grupo experimental foram os adolescentes do sexo feminino, em ambos os momentos, a revelarem mais conhecimentos sobre o planeamento familiar. No estudo de Martins, Nunes, Munõz-Silva e Sánchez-García (2008) também foram as raparigas a revelar mais conhecimento acerca do planeamento familiar. Correia (2013) verificou que a maior percentagem das raparigas (32,2%) apresentam bons conhecimentos sobre o planeamento familiar, constando que o sexo influencia o conhecimento sobre o planeamento familiar. De igual modo, Reis e Matos (2008) concluíram que as raparigas manifestam mais conhecimentos sobre o planeamento familiar.

Atitudes face à sexualidade, à pílula anticoncetiva e ao preservativo

Em conformidade com os resultados, pode dizer-se que, antes da intervenção, foram os adolescentes do grupo de controlo do género masculino a revelarem uma atitude cultural mais positiva em relação à sexualidade em adolescentes, dado que a média foi superior ($M=16,38$). Depois da intervenção, foram as raparigas a mostrarem uma atitude cultural mais positiva face à sexualidade em adolescentes ($M=14,26$). Estes resultados estão em conformidade com os apurados por Soares et al. (2011), segundo os quais, por norma são as raparigas que revelam uma atitude cultural mais positiva em relação à sexualidade. Costa (2015), através do seu estudo que tinha como objetivo estudar os conhecimentos, atitudes e crenças face à sexualidade e educação sexual de adolescentes do 8º e 10º ano de escolaridade portugueses, verificou que as raparigas revelam, na sua maioria, atitudes mais positivas face à sexualidade.

Os resultados apurados em relação às atitudes face ao preservativo, tendo em conta 3 dimensões: funcionalidade, culpabilidade e atitude face ao preservativo, revelaram que a intervenção formativa teve repercussões no grupo experimental em relação à funcionalidade com diferenças estatísticas significativas e atitude face ao preservativo (global). No grupo controlo, os índices médios foram mais elevados antes da intervenção formativa, todavia, as diferenças encontradas não são significativas. Os coeficientes de correlação são positivos aferindo-se, assim, que a índices positivos antes da intervenção formativa correspondem melhores índices após a intervenção formativa. Verificou-se também que os adolescentes do grupo de controlo foram os que revelaram melhor funcionalidade acerca do preservativo ($OM=29,94$). Também em relação à culpabilidade, foram os adolescentes do grupo de controlo a apresentar uma média mais elevada ($OM=28,11$), bem como em relação ao preservativo ($OM=29,50$), contudo, sem diferenças estatisticamente significativas. Após a intervenção, na globalidade, foram os participantes do grupo experimental a revelar médias mais elevadas nas três dimensões, sobressaindo a atitude mais favorável face ao preservativo ($OM=32,23$), onde se constatou diferença estatisticamente significativa ($p=0,045$), significando que a intervenção resultou numa atitude mais positiva dos adolescentes do grupo experimental face ao uso do preservativo.

Estes resultados demonstram a importância das intervenções formativas onde os adolescentes possam participar, de modo a poderem adquirir conhecimentos e atitudes no âmbito da sexualidade. No que se refere, a título exemplificativo, os comportamentos de proteção, nomeadamente o uso do preservativo, de acordo com Matos et al. (2012), são os adolescentes que não tiveram Educação Sexual na escola que representam uma atitude

negativa face a estes comportamentos protetores. Como se depreende é difícil pretender mudar o comportamento de adolescentes se não se desejar efetivamente mudar: a educação ajuda as pessoas a gerar a força que as apoiará na tomada de decisão, ou seja, e na linha do Modelo de Proteção de Saúde de Pender, tem de se verificar se o comportamento anterior e as características herdadas do meio e adquiridas influenciam e/ou afetam a regulação do comportamento atual ao nível da promoção da saúde sexual e reprodutiva, no caso concreto. A mudança ocorre apenas quando despertar significado e desejo de abertura a novas experiências. No entanto, as verdadeiras mudanças não são processos fáceis, comprometem sempre autonomia, motivação e capacidade de decisão (Reis & Matos, 2008).

Tendo em conta também que a educação sexual e reprodutiva deve começar o mais cedo possível, devendo a mesma ocorrer de forma contínua e estar vinculada à formação de todas as crianças, adolescentes e jovens, a mesma deve ser iniciada e assumida pelos pais, complementada pela escola e pelos profissionais de saúde. Assim, é fundamental que os enfermeiros trabalhem a sexualidade através da promoção da autoestima dos jovens, quer durante a consulta individual, quer nos grupos ou nas atividades de parceria com a comunidade e escolas. Em conformidade com a Ordem dos Enfermeiros (2010), o tema da sexualidade nos jovens assume muita relevância e atualidade, sendo estes um grupo prioritário, a nível da educação sexual da saúde reprodutiva e da adoção de estilos de vida saudáveis. Deste modo, o mesmo organismo preconiza que o papel dos enfermeiros deve ser de educadores, perspetivando a promoção de uma sexualidade responsável, gratificante e capaz de cooperar na realização do próprio jovem como pessoa na sua plenitude e numa visão holística. É importante também referir que muitos estudantes do ensino superior, mormente aquando do seu ingresso, ainda se encontram na adolescência, estando sujeitos a várias transformações a nível biológico, psicossocial, moral e sexual (Braconnier & Marcelli, 2007).

Motivação sexual

No que se refere às razões e motivos para os adolescentes inquiridos terem relações sexuais, há a salientar que foram os participantes do grupo de controlo a apresentar índices médios mais elevadas para o hedonismo (OM=9,00), interdependência (OM=10,25) e motivos (OM=9,00) registando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação à interdependência ($p=0,038$). Outro resultado a que se chegou refere-se ao facto de, na globalidade, terem sido os adolescentes do grupo de controlo a revelarem índices médios mais elevados, embora no conservadorismo e medo o grupo experimental

obteve melhor pontuação antes da intervenção formativa, tendo em conta as razões e motivos para não ter relações sexuais.

Oliveira (2011), no seu estudo, constatou que os motivos relacionados com hedonismo e saúde parecem ser os que motivam os adolescentes a ter relações sexuais, sendo os rapazes os que apresentam índices médios mais elevados de motivação para fazer e para não fazer sexo, uma exceção encontrada na interdependência relacional, onde são as raparigas que apresentam índices médios mais elevados. De acordo com Oliveira (2011) alguns estudos declaram que existem diferenças entre os dois sexos quanto à motivação sexual, não havendo registo de estudos, a este nível, com grupo de controlo e experimental, tendo em conta a intervenção educativa.

Conclusão

A promoção da saúde sexual e reprodutiva implica a educação sexual, que corresponde à aprendizagem específica acerca dos elementos concernentes à sexualidade dos adolescentes. Essa aprendizagem assume-se como um processo contínuo ao longo de todo o ciclo vital e abrange várias componentes, nomeadamente a física, a psicológica, a erótica, a genital, a relação diádica ou a experimentação, entre outras. Neste sentido, ganha toda a relevância a implementação de intervenções formativas, como é exemplo o projeto Monitorização de Indicadores de Saúde Infanto-Juveni–MISIJ, que envolveu a recolha de dados junto de adolescentes a frequentar Escolas Públicas, a nível nacional.

Ao realizar-se este trabalho de investigação, pode dizer-se que se responderam às questões de investigação, tendo-se ficado a saber que a intervenção formativa para adolescentes, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, teve impacto nas suas atitudes face à sexualidade e nos conhecimentos sobre IST e Planeamento Familiar. Para tal, realizou-se um estudo experimental de campo, com uma amostra do tipo não probabilística por conveniência, constituída por 56 estudantes do 9º ano de escolaridade que participaram no estudo, sendo 28 do grupo de controlo e 28 do grupo experimental. Os resultados permitiram traçar um perfil sociodemográfico dos participantes, tendo-se verificado que, no grupo de controlo, a maioria possui idades inferiores ou iguais a 14 anos, enquanto no grupo experimental predominam os adolescentes com idades iguais ou superiores a 16 anos, com prevalência, para o grupo de controlo, de adolescentes do género feminino, enquanto no grupo experimental a amostra é maioritariamente masculina. Verificou-se que, em ambos os grupos amostrais, a maioria dos adolescentes reside numa vila.

Concluiu-se que, em ambos os grupos de adolescentes, predominam os que não namoram e dos que namoram a maioria encontra-se nessa situação entre 6 meses a 1 ano. Prevaecem os adolescentes que nunca tiveram relações sexuais, em ambos os grupos. A maioria dos adolescentes do grupo de controlo e do experimental teve relações sexuais ao fim de mais de meio ano de relacionamento. Salienta-se que se verificou que apenas três adolescentes do grupo de controlo confirmaram que fazem contraceção, usando o preservativo. No grupo experimental, os que admitiram fazer contraceção mencionaram a pílula e o preservativo.

Quanto aos conhecimentos dos adolescentes sobre infeções de transmissão sexual, averiguou-se que as raparigas do grupo de controlo revelaram mais conhecimentos sobre infeções transmissíveis sexualmente, em ambos os momentos da avaliação, resultando em diferenças estaticamente significativas após a intervenção. Igual resultado foi o obtido em

relação ao grupo experimental, onde, em ambos os momentos, as raparigas revelaram mais conhecimentos em relação às infeções de transmissão sexual.

Em relação aos resultados do grupo de controlo em termos de conhecimento sobre o planeamento familiar, os mesmos indicaram que são os adolescentes do sexo masculino, em ambos os momentos, a revelarem mais conhecimentos sobre o planeamento familiar, comparativamente às adolescentes do género feminino. Contudo, no grupo experimental foram os adolescentes do sexo feminino, em ambos os momentos, a patentear mais conhecimentos sobre o planeamento familiar.

Antes da intervenção, foram os adolescentes do grupo de controlo do género masculino a revelarem uma atitude cultural mais positiva em relação à sexualidade. Após a intervenção, foram as raparigas a mostrarem uma atitude cultural mais positiva face à sexualidade em adolescentes. Os resultados alcançados em relação às atitudes face ao preservativo mostraram que a intervenção formativa teve repercussões no grupo experimental em relação à funcionalidade com diferenças estatísticas significativas e atitude face ao preservativo (global). No grupo controlo, os índices médios foram mais elevados antes da intervenção formativa. Aferiu-se que a índices positivos antes da intervenção formativa correspondem melhores índices após a intervenção formativa. Os adolescentes do grupo de controlo foram os que revelaram melhor funcionalidade acerca do preservativo, bem como em relação à culpabilidade e ao preservativo. Após a intervenção, na globalidade, foram os participantes do grupo experimental a revelar médias mais elevadas nas três dimensões, sobressaindo a atitude mais favorável face ao preservativo. Quanto às razões e aos motivos para os adolescentes terem relações sexuais, constatou-se que foram os participantes do grupo de controlo a apresentar índices médias mais elevadas para o hedonismo, interdependência e motivos gerais, registando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação à interdependência.

Face a estes resultados, e tendo em conta que, na globalidade, aos índices positivos antes da intervenção formativa corresponderam melhores índices após a intervenção formativa, sugere-se que se dê continuidade a este tipo de iniciativa, que implica um trabalho multidisciplinar, que promova uma vivência holística e multidimensional da sexualidade nos adolescentes. O enfermeiro especialista em educação para a saúde, como elemento da equipa de saúde escolar, deve promover atitudes e competências pessoais indispensáveis para adoção de comportamentos saudáveis por parte dos adolescentes.

Bibliografia

- Albuquerque, C. (2004). *Comportamientos de Salud y de Riesgo en la Adolescencia: Determinantes Psicosociales Y Cognitivos*. Tese de doutoramento. Espanha: Universidade da Extremadura.
- Alferes, V.R. (1997). *Encenações e Comportamentos Sexuais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Avery, L., & Lazdane, G. (2008). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, Ternat, v. 13, 1: 58-70.
- Belo, M.A.V., & Silva, J.L.P. (2004). Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, 38: 479-487.
- Berger, K.S. (2003). *O desenvolvimento da pessoa da infância à adolescência*. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC.
- Bobak, I., Lowdermilk, D., & Jensen, M (1999). *Enfermagem na Maternidade*. 6ª ed. Lisboa: Lusociência.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2007). *As mil faces da adolescência*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Brás, M.A.M (2008). *A Sexualidade do Adolescente: A perspectiva do Profissional de Enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto. ICBAS. Porto.
- Caldeira, E.C. (2005). Comportamentos sexuais dos adolescentes. *Servir*, Vol. 53, 1: 29-39.
- Canavarro, M.C., & Pereira, A.I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: perspectivas teóricas. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 323-355). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, S., Rodrigues, A. Nelas, P., & Duarte, J. (2010). Educar para a sexualidade responsável na adolescência. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 11, 9-14.
- Carvalho, A. M., Rodrigues, C. S., & Medrado, K. S. (2005). Oficinas em sexualidade humana com adolescentes. *Estudos de Psicologia*, 10(3): 377-384.
- Correia, F.T.A. (2013). *Adolescentes e sexualidade: conhecimentos e atitudes*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido

em:<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1991/1/CORREIA,%20Toni%20Fernando%20Aguiar%20%20disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado%20EMBARGO%2019%20junho%202014.pdf>

Costa, A.J.L.L. da (2006). *A educação sexual numa perspectiva de educação para a saúde: um estudo exploratório na Escola Secundária Pluricurricular de Santa Maria Maior de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Acedido em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6284/3/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20de%20Mestrado.pdf>

Costa, S.F. de (2015). *Conhecimentos, atitudes e crenças face à sexualidade e educação sexual de adolescentes do 8º e 10º ano de escolaridade*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10779/1/Tese%20Sandra%20Costa%20.pdf>.

Costa, S.F.P. (2015). *Conhecimentos, atitudes e crenças face à sexualidade e educação sexual de adolescentes do 8º e 10º ano de escolaridade*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10779/1/Tese%20Sandra%20Costa%20.pdf>.

Cuesta Benjumea, C. de la (2001). Contexto del embarazo en la adolescência: nos hicimos novios y ahí empezó todo. *Revista Rol de Enfermería*. Barcelona. Vol. 24, 9: 24-30.

Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de outubro. Diário da República n.º 240 - I Série-A

Dias, S. (2013). *Educação Sexual nas escolas do concelho de Oeiras: Percepção de professores e alunos*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana.

Fonseca, E.B.M., & Machado, A.J.B.B. DE (2007). As competências afectivo/emocionais na vivência da sexualidade dos adolescentes. *Sinais Vitais*. Coimbra., 72: 25-27, ISSN 0872-8844.

Gouveia, Patrícia et al. (2010). Escala de motivação para fazer e não fazer sexo: versão adolescentes. In Leal, Isabel; Maroco, João. *Avaliação em sexualidade e parentalidade*. Lisboa: Livpsic.

Grupo de Trabalho de Educação Sexual. (2007). *Relatório final*. Acedido em: www.dgidc.min-edu.pt/educacaoosaude/.../educacaoosaude/educacaoosexual.

- Hockenberry, M.W.D., Wilson, & Winklestein, M. (2014). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. Elsevier: Rio de Janeiro.
- Johnson, D. (1999). *Corpo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kirby, J., Van der Sluijs, W., & Currie, C. (2010). *HBSC Briefing Supplement 18b: Attitudes towards condom use among young people. Child and Adolescent Health Research Unit*. The University of Edinburgh. HBSC Briefing Paper Series.
- Lei nº 60/2009. D.R. I Série. 151 (2009-8-6) 5097-5098. Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar.
- Martins, A.T., Nunes, C., Munõz-Silva, A., & Sánchez-García, M. 2008. Fontes de informação, conhecimentos e uso do preservativo em estudantes universitários do Algarve e de Huelva. *Psico* 39:7-13.
- Martins, M.M.B.P. (2010). *Conhecimentos e comportamentos sobre algumas infecções sexualmente transmissíveis dos alunos dos ensinos básico e secundário de uma escola da área da grande Lisboa*. Dissertação de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Acedido em: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/13997/1/v-final%206.6.pdf>
- Matos, M.G., Reis, M., Ramiro, L., & Equipa Aventura Social (2012). *Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior, Relatório do Estudo - Dados Nacionais 2010*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA/Alto Comissariado para a Saúde-Ministério da Educação; CMDTla/IHMT/UNL; FMH/UTL; FCT/MCTES; IPJ; Portal Sapo. Acedido em: www.aventurasocial.com.
- Matos, M.G., Sampaio, D., Baptista, I., & Equipa Aventura Social, UTL and CMDT/UNL (2013). Adolescent's health education and promotion in Portugal: a case study of planning for sustainable practice. In Samdal, O., & Rowling, L. (Eds.), *The Implementation of health promoting schools, exploring the theories of what, why and how* (pp.123-126). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Mota, C. P. (2008). *Dimensões relacionais no processo de adaptação psicossocial de adolescentes: vulnerabilidade e resiliência em institucionalização, no divórcio e em famílias intactas*. Tese de doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.
- Nelas, P. (2011). Sexual education in schools: the impact of participatory and reflective methodologies. *European Journal of Public Health*. Volume 21. Supplement 1, p.71.

- Nelas, P.; Fernandes, C.; Ferreira, M.; Duarte, J. & Chaves, C. (2010). Construção e validação da escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes (AFSA). In F. Teixeira et al. (Org.), *Sexualidade e educação sexual: políticas educativas, investigação e práticas* (pp. 180-184). Braga: Edições CIEEd.
- Nelas, P.A.A.B. (2010). *Educação Sexual em Contexto Escolar*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro. Departamento de Ciências da Educação. Acedido em: <https://core.ac.uk/download/files/580/15564830.pdf>
- Nodin, N. (2001). Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX. Lisboa, Portugal: APF. Polit, D. F; Hungler, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ªed). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Oliveira, V.C.M. (2011). Sexualidade Adolescente - Motivação para fazer ou não fazer sexo. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1572/1/OLIVEIRA%20Vera%20Cristina%20Madeira,%20Sexualidade%20adolescente.pdf>.
- Oliveira, V.C.M. de, Nelas, P., Aparício, G., & Duarte, J. (2014). A motivação sexual dos adolescentes: influência dos fatores sociodemográficos. *Millenium*, 46: 197-210. Acedido em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium46/12.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Sexualidade, Adolescência e Saúde*. Acedido em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/%E2%80%9CSEXUALIDADE,ADOLESC%3%8ANCIAESA%3%9ADE.aspx>.
- Paixão, P. (2005). O bê-a-ba do sexo na adolescência. *Sábado Revista*, 37: 36-47.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2014). *Descobrimos regressão: com a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Pontes, A.F. (2011). *Sexualidade: vamos conversar sobre isso? Promoção do Desenvolvimento Psicossocial na Adolescência: Implementação e Avaliação de um Programa de Intervenção em Meio Escolar*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/24432/2/Sexualidade%20vamos%20conversar%20sobre%20isso.pdf>.
- Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de abril- Diário da República, 1.ª série — N.º 69 — 9 de Abril de 2010.

- Ramiro, L.I.S. (2013). *Educação sexual, na mudança de conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes*. Tese de doutoramento. Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Ramiro, L.I.S. da (2013). *A educação sexual na mudança de conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes*. Tese de Doutoramento. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. Acedida em: https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5862/1/Lucia_Ramiro_Dout.pdf
- Ramos, Rui Deveza et al (2008). *Atitudes, comunicação e comportamentos face à sexualidade numa população de jovens de Matosinhos*. Arquivos de Medicina. Lisboa. ISSN 0871-3413. Vol. 22, nº 1.
- Reis, M., & Matos, M.G. (2008). Comportamentos sexuais e influência dos diferentes agentes de socialização na educação sexual dos jovens universitários. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 48/49, 22-28. Disponível em: http://aventurasocial.com/arquivo/1303596808_SPFAM_REIS_2008.pdf
- Sampaio, F. M., & Silva, D. B. (2006). *Sexualidade dos adolescentes portugueses na perspetiva do “Quebrese: Questionário breve sobre sexualidade”*. In Actas da XI Conferência Internacional, Avaliação Psicológica, Formas e Contextos. Braga: Psiquilibrios.
- Sampieri, R.H., Collado, C.F., Lucio, P.B., & Pérez, M. de la C. (2006). *Metodología de la investigación*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Silva, A.S., & Deus, A.A. (2005). Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: Estudo comparativo. *Análise Psicológica*, 23(2): 151-172.
- Soares, F.M.F.S., Santos, M.F., & Gonçalves, J.H.G. (2011). *I Congresso Internacional Sexualidade e Educação Sexual. Educação para a sexualidade*. Gabinete de Educação Sexual (Projeto de Intervenção-Ação). Acedido em: repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id..
- Sousa, B.L., & Ferreira, S. J. (2003) – Atitude dos Adolescentes Face à Sexualidade. *Revista Sinais Vitais*. Vol. 48: 35-38.
- Sousa, M.F.G. (2000). *Sexualidade na adolescência*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Acedido em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/.../Sexualidade%20na%20Adolescência.pdf>
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2008). *Psicologia do Adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Vieira, O.C.F. (2009). *A Educação Sexual na Escola Pública Portuguesa: Um olhar a partir da experiência de alunos do 10º ano*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Acedido em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11138/1/Tese.pdf>.
- Vieira, R.V. (2015). *Sexualidade na Adolescência: Implementação de um Programa de Orientação para Alunos com Défice Intelectual*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa. Acedido em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4770/1/1.%20TESE%20RITA%20VIEIRA.pdf>
- Vilar, D., & Ferreira, P. M. (2009). *A educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e fontes*. Educação Sexual em Rede, 5: 2-53. Acedido em: <http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/Anexos%20EDS/Educacao%20Sexual%20em%20Rede/Educacao%20Sexual%20em%20Rede%20AbrilSetembro%202009.zip>

Anexos

Anexo I – Instrumento de recolha de dados



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Projecto - PTDC/CPE-CED/103313/2008

Monitorização de Indicadores de Saúde Infanto-Juvenil: Impacto na Educação para a Saúde

Este questionário faz parte de um Projecto de investigação financiado pela FCT no domínio temático da “Sexualidade Adolescente”. A sua concretização só será possível graças à tua colaboração, preenchendo o questionário. Neste sentido, pedimos-te que o leias e respondas a todas as perguntas de uma forma espontânea e sincera, de acordo com aquilo que fazes sentes ou pensas. Não existem respostas correctas ou incorrectas, o que nos interessa é a tua opinião. O questionário é anónimo e confidencial. Desde já agradecemos a tua colaboração e disponibilidade. Nas afirmações onde existir uma quadrícula (□), deves assinalar com uma cruz (X) a(s) alínea(s) que está(ão) de acordo com o teu caso. Nas questões com um espaço em branco (____), deves responder claramente e de forma legível. **Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos, por favor, que não deixes nenhuma questão por responder.**

MUITO OBRIGADO

equipa de investigação

Espaço destinado à

Número Questionário

Código Instituição

1. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade: ____ anos.

3. Frequentas o ____ ano de escolaridade

4. Moras em: Aldeia ☐ Vila ☐ Cidade ☐

5. Namoras? Não ☐ Sim ☐
6 meses ☐

5.1. Se sim, namoras há: menos de 1 mês ☐ Entre 1 e

de 2 anos ☐

Entre 6 meses e 1 ano ☐ Entre 1 e 2 anos ☐ Mais

6. Com quem falas sobre sexualidade? Mãe ☐ Pai ☐ Amigos ☐ Namorado/a ☐ Professores ☐ Irmãos ☐

(Podes assinalar mais do que uma opção)

Médico/Enfermeira ☐

Outro ☐

Quem: _____

7. Já alguma vez tiveste relações sexuais? Não ☐ Sim ☐
____ anos

7.1. Se sim, idade da 1ª relação sexual:

8. Actualmente tens relações sexuais? Não ☐ Sim ☐

8.1. Se sim, ao fim de quanto tempo de relacionamento tiveste relações sexuais? 1 semana ou menos ☐
1 mês ☐ 1 a 3 meses ☐ 3 a 6 meses ☐ 6 meses a 1 ano ☐ 1 a 2 anos ☐ mais de 2 anos ☐

9. Fazes contracepção? Não ☐ Sim ☐ **9.1. Se sim, qual?** Pílula ☐ Preservativo ☐ Outro, Qual?

10. Se és rapariga, já fizeste contracepção de emergência? Não ☐ Sim ☐

10.1. Se sim, quantas vezes _____

11. Consideras importante a utilização de preservativo nas relações sexuais? Não ☐ Sim ☐

12. Se tens relações sexuais, utilizas o preservativo em todas elas? Não ☐ Sim ☐ Às vezes ☐

13 Experiência de relacionamento íntimo e sexual

	im	ão
Já tive experiência sexual		
Beijei nos lábios e abracei alguém, com carícias por cima da roupa		
Já tive intimidades, próximas do coito, incluindo carícias directas em qualquer parte do corpo incluindo os genitais		
Já tive experiência de ter chegado ao coito, (introdução do pénis dentro da vagina) com apenas uma pessoa		
Já tive relações sexuais coitais com mais que uma pessoa		

14. Da lista de afirmações que se seguem, deves responder a todas as questões, sinalizando com um (X) na opção que melhor corresponde à tua opinião pessoal sobre as **características da tua família**. As tuas respostas são confidenciais e anónimas, apenas de interesse científico e usadas para análises estatísticas.

As respostas devem traduzir a frequência com que a família vive o que cada afirmação contém, e variam entre o NUNCA (...) e o SEMPRE, conforme a grelha de resposta a seguir apresentada.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre

Afirmações									
	Gostamos de fazer coisas em conjunto								
	É claro o papel que cada um tem para desempenhar								
	Gostamos que os outros nos reconheçam como uma “boa família”								
	Quando as “crises” são ultrapassadas, a família fica mais forte								
	Sentimos que pertencemos uns aos outros								
	Cada um sabe o lugar que ocupa								
	Basta um olhar para nos entender-mos								
	Preocupamo-nos com as relações sociais (amigos, escola, trabalho, restante família)								
	Cada um arruma o que é seu								

0	Sentirmo-nos integrados no meio onde vivemos						
1	O ambiente é de “guerra” aberta						
2	Compreendemo-nos uns aos outros						
3	Todos sabem até onde podem ir						
4	Somos distantes uns dos outros						
5	Podemos expressar os nossos sentimentos						
6	Recebemos carinho uns dos outros						
7	Cada um sabe como comportar-se fora de casa						
8	Quando alguém tem dificuldades, todos procuram ajudar						
9	As regras são cumpridas						
0	Há espaço para que cada um faça o que gosta						
1	Encontram-se soluções para os problemas						
2	Cada um pode lidar à sua maneira com as novas situações						
3	Preocupamo-nos com a imagem que transmitimos						
4	Preocupamo-nos com o que os outros possam dizer						
5	Fazemo-nos entender						

15. Indicam-se abaixo algumas afirmações relativas a **conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual**. Diz qual o teu grau de veracidade para cada uma delas, assinalando com uma cruz no espaço correspondente. Caso não saibas opta pela resposta Não Sei.

conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual

Afirmações	V erdadeiro	also	ão Sei
1. Existe uma infeção de transmissão sexual chamada sífilis			
2. A pílula impede a transmissão de infeções sexuais			
3. O preservativo impede sempre a transmissão de infeções sexuais			

4. O vírus da SIDA transmite-se pelo sangue			
5. O preservativo deve ser sempre utilizado nas relações sexuais			
6. Um beijo na boca pode transmitir infecções sexuais			
7. A Hepatite também se transmite sexualmente			
8. A saliva transmite o vírus da SIDA			
9. O herpes genital é uma infecção de transmissão sexual			
10. As infecções sexualmente transmissíveis podem ser transmitidas de pais para filhos			
11. Existem diferentes infecções que podem ser contraídas por contacto sexual, não existindo tratamento eficaz para algumas			
12. A prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis implica o envolvimento de ambos os parceiros			
13. As experiências amorosas ocasionais com desconhecidos previnem as infecções de transmissão sexual			
14. Antes de se iniciar as relações sexuais deve-se ir ao médico avaliar o estado de saúde e receber aconselhamento sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis			
15. As relações sexuais ocasionais raramente transmitem infecções sexuais			
16. Na primeira relação sexual não é necessário usar preservativo			
17. Não é necessário usar o preservativo quando se toma a pílula			
18. O uso de contraceptivos é tanto da responsabilidade da rapariga como do rapaz			
19. O uso de preservativo serve apenas para evitar a gravidez			
20. A possibilidade de contrair uma infecção sexualmente transmissível impede as pessoas de ter relações sexuais			
21. O Vírus da SIDA potencia diversas doenças graves no organismo			
22. O Vírus do Papiloma Humano (HPV) é responsável pelo cancro do colo do útero			

16. Indicam-se abaixo algumas afirmações relativas a **conhecimentos sobre planeamento familiar**. Diz qual o teu grau de veracidade para cada uma delas, assinalando com uma cruz no espaço correspondente. Caso não saibas opta pela resposta Não Sei.

conhecimentos sobre planeamento familiar

Afirmações	Verdadeiro	Falso	Não Sei
1. O planeamento familiar evita gravidezes indesejáveis			
2. O planeamento familiar evita a menstruação			
3. Os métodos contraceptivos evitam as menstruações			
4. A pílula é um método contraceptivo de barreira			
5. O dispositivo intra-uterino é recomendado a adolescentes			
6. É muito difícil engravidar na primeira relação sexual			
7. Há cuidados especiais na colocação do preservativo			
8. A pílula evita uma gravidez não desejada			
9. O preservativo é um método anticoncepcional de barreira que deve ser colocado antes da penetração			
10. O método do gráfico das temperaturas para ver quando ocorre a ovulação é aconselhado em adolescentes			
11. O período fértil na mulher ocorre por volta do 15 dia do ciclo menstrual			
12. O preservativo só se deve utilizar se não se conhecer bem o parceiro			
13. A laqueação das trompas não é aconselhada a adolescentes			
14. A duração mais frequente do ciclo endometrial é de 28 a 30 dias			
15. O início da vida sexual deve ser precedido de uma consulta de um profissional de saúde			
16. Antes de se utilizar o preservativo deve-se verificar a sua validade			
17. As raparigas só engravidam se tiverem um orgasmo			
18. O uso de contraceptivos é apenas da responsabilidade da rapariga pois é ela que engravida			
19. A informação sobre métodos contraceptivos é acessível aos jovens			
20. O uso do preservativo diminui o prazer sexual			
21. A relação sexual não protegida implica a toma da pílula do dia seguinte para não engravidar			
22. O uso preservativo não é necessário sempre que se tenha o(a) mesmo(a) namorado(a)			

17. Indicam-se abaixo algumas afirmações relativas a **atitudes face à sexualidade em adolescentes**. Diga qual o teu grau de concordância para cada uma delas, assinalando com uma cruz o número correspondente, considerando o esquema de resposta abaixo indicado.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo muito	Nem concordo, nem discordo	Concordo muito	Concordo totalmente

atitudes face à sexualidade em adolescentes

Afirmações	1	2	3	4	5
1. Para namorar basta que alguém goste de mim					
2. Só me sinto bem se fizer tudo o que os meus amigos fazem					
3. A procura da independência faz parte da adolescência					
4. O desgosto amoroso só me acontece a mim					
5. A primeira relação sexual deveria ser sempre com alguém que eu amo					
6. Considero-me bastante tolerante com as outras pessoas					
7. Sou agradável no contacto com os outros					
8. Para mim é muito importante ter um(a) namorado(a) com quem tenha uma boa relação					
9. As raparigas que tomam a pílula são raparigas fáceis					
10. Só vou ter relações com o(a) meu(minha) namorado(a) se tiver a certeza que vou casar com ele(a)					
11. As mulheres devem ser mais passivas na sexualidade do que os homens					
12. Para as raparigas a sexualidade não é tão importante como para os rapazes					
13. As relações sexuais só deveriam acontecer para ter filhos					
14. Seria incapaz de falar de assuntos sobre a sexualidade com os meus pais					
15. A masturbação nas mulheres é tão normal como nos homens					
16. Não acho mal ter relações sexuais contra a minha vontade					
17. Os jovens com um melhor entendimento sobre educação sexual sentem-se melhor consigo próprios					
18. A educação sexual é tão importante nos rapazes como nas raparigas					
19. Só os rapazes deveriam ter educação sexual					
20. Só as raparigas deveriam ter educação sexual					
21. A educação sexual dos rapazes e das raparigas deve ser diferente					
22. A mulher não deve ter relações sexuais antes do casamento					
23. As relações sexuais entre namorados são perfeitamente normais					
24. Evito praticar a masturbação, porque é prejudicial para a saúde					
25. Não consulto livros de sexualidade					

26.Os livros de sexualidade só mostram porcarias					
27.As relações sexuais antes do casamento são um pecado					
28.Antes do casamento só são aceitáveis carícias, sem relações sexuais completas					

18. Indicam-se abaixo algumas afirmações relativas a **atitudes face ao preservativo**. Diga qual o seu grau de concordância para cada uma delas, assinalando com uma cruz o número correspondente, considerando o esquema de resposta abaixo indicado.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo muito	Nem concordo, nem discordo	Concordo muito	Concordo totalmente

atitudes face ao preservativo

Os preservativos:					
1. Previnem a gravidez					
2. Há que saber onde os comprar					
3. Embaraçosos, incómodos, complicados de usar					
4. Tranquilizam e dão segurança à relação					
5. Podem estar defeituosos					
6. Não têm contra-indicações					
7. Rompem com o romantismo da situação					
8. Permitem ter relações sexuais com várias pessoas, sem correr riscos					
9. Interrompem o acto sexual					
10. Não são naturais, são artificiais					
11. São baratos					
12. Previnem doenças sexualmente transmissíveis					
13. Diminuem o prazer					
14. Sinto-me incomodado/a e culpado/a por andar com eles					
15. São fáceis de obter					
16. São inseguros, tenho dúvidas da sua eficácia					
17. Preocupa-me que os encontrem em minha casa					
18. São simples e fáceis de utilizar					
19. Rompem-se com facilidade, são frágeis					
20. A sua colocação é um jogo erótico					
21. Tenho vergonha de os comprar					

22. Se os tenho, dá a sensação que tenho relações com qualquer pessoa					
23. Tem que se saber usá-lo, pô-lo					
24. Previnem a sida					

19. Indicam-se abaixo algumas afirmações relativas a **atitudes face à pílula anticonceptiva**. Diz qual o teu grau de concordância para cada uma delas, assinalando com uma cruz o número correspondente, considerando o esquema de resposta abaixo indicado.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo muito	Nem concordo, nem discordo	Concordo muito	Concordo totalmente

atitudes face à pílula anticonceptiva

A Pílula:					
1. Previne a gravidez					
2. Há que saber onde a comprar					
3. Embaraçosa, incómoda, complicada de usar					
4. Tranquiliza e dá segurança à relação					
5. Pode estar defeituosa					
6. Não tem contra-indicações					
7. Permite ter relações sexuais com várias pessoas, sem correr riscos					
8. Não é natural, é artificial					
9. É barata					
10. Previne doenças sexualmente transmissíveis					
11. Sinto-me incomodada(o) e culpada(o) por andar com elas					
12. É fácil de obter					
13. É insegura, tenho dúvidas da sua eficácia					
14. Faz engordar					
15. Preocupa-me que a encontrem em minha casa					
16. É simples e fácil de utilizar					
17. Tenho vergonha de a comprar					
18. Se a tenho, dá a sensação que tenho relações com qualquer pessoa					
19. Utiliza-se só no momento da relação sexual					
20. Previne a sida					

20. As afirmações do quadro seguinte pretendem identificar algumas **razões ou motivos para ter ou não ter relações sexuais**. Mesmo que ainda não tenhas tido nenhuma relação sexual, diz qual a importância que atribuis a cada uma das afirmações, considerando o esquema de resposta abaixo indicado.

1	2	3	4	5
Nada importante	←————→			Muito importante

razões ou motivos para ter ou não ter relações sexuais

Tenho relações sexuais:					
1. Por mero prazer					
2. Porque o meu namorado(a) quer					
3. Para agradar ao meu namorado(a)					
4. Para seduzir					
5. Para aliviar a tensão sexual					
6. Por curiosidade					
7. Por divertimento e/ou brincadeira					
8. Por me sentir comprometido(a)					
9. Porque é indispensável à saúde física e mental					
Não tenho relações sexuais:					

10. Por medo de doenças venéreas					
11. Por medo da SIDA					
12. Por medo de uma gravidez					
13. Por não gostar de usar contraceptivos					
14. Por desinteresse					
15. Por falta de oportunidade ou incapacidade de encontrar um namorado de quem goste suficiente					
16. Por não gostar de sexo					
17. Por não conhecer o namorado há tempo suficiente					
18. Porque é imoral					

Muito obrigado pela colaboração!

Entidades Financiadoras



Anexo II – Autorização da Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGDIC)

✉ Excelentíssimo Senhor
Director

.....

✉

Fevereiro
o.2012

Assunto: A Pedido de Autorização para Realização de Estudo no Âmbito da Sexualidade
Adolescente

Uma equipa de investigadores, coordenada pelo Prof. Doutor Carlos Albuquerque, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, está a desenvolver o Projecto de Investigação, PTDC/CPE-CED/103313/2008 – “*Monitorização de Indicadores de Saúde Infanto-Juvenil: Impacto na Educação para a Saúde*”, aprovado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, sendo as Universidades de Évora e Trás-os-Montes e Alto Douro membros parceiros. Um dos principais objectivos é conhecer as atitudes e os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade.

Este projecto, envolve a recolha de dados junto de adolescentes a frequentar Escolas Públicas, a nível nacional, utilizando para tal um instrumento de colheita de dados construído para o efeito. Este, foi aprovado pela Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGDIC), com o número de registo 0071200008, conforme se encontra em anexo.

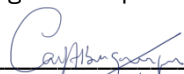
Em cada escola, seleccionada aleatoriamente, pretendemos recolher dados de adolescentes a frequentar o 9º ano de escolaridade, até perfazer os 1500 alunos (amostra total). O preenchimento do questionário tem uma duração média de 30 minutos. Assim, vimos, por este meio, pedir autorização ao Excelentíssimo Director da Escola para a aplicação do instrumento de colheita de dados, acima mencionado, aos adolescentes a frequentar o 9º ano de escolaridade.

Para que possa tomar conhecimento do instrumento de colheita de dados, enviamos em anexo um exemplar, assim como o pedido de consentimento informado a ser remetido aos Encarregados de Educação/Pais, por forma a obtermos a autorização dos mesmos.

Solicitamos a deferência deste pedido com a urgência possível, para prosseguirmos com a investigação. Mais solicitamos que por forma a se proceder a um adequado esclarecimento dos objectivos, finalidades, desenvolvimento do estudo e definição das datas de aplicação do instrumento de colheita de dados, seria oportuno agendar reuniões prévias com V. Exa.

Esperando poder contar com o seu bom acolhimento, aproveito para lhe endereçar as mais elevadas saudações académicas.

O Investigador Responsável


(Carlos Manuel de Sousa Albuquerque)
Escola Superior de Saúde/Instituto Politécnico de Viseu

Contactos de Referência para Esclarecimento de Dúvidas:

Anexo III – Consentimento informado - Pai / Mãe ou Encarregado de Educação



Projecto de Investigação, PTDC/CPE-
CED/103313/2008 – “Monitorização de Indicadores de Saúde
Infanto-Juvenil: Impacto na Educação para a Saúde”

Exm^o. Senhor
Pai / Mãe ou Encarregado de Educação

Uma equipa de investigadores do Instituto Politécnico de Viseu (Escola Superior de Saúde de Viseu), da Universidade de Évora e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, coordenada pelo Prof. Doutor Carlos Albuquerque, está a desenvolver um Projecto de Investigação designado **Monitorização de Indicadores de Saúde Infanto-Juvenil: Impacto na Educação para a Saúde**, aprovado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia. Tendo já autorização do Ministério da Educação e Ciência e do Director da Escola que o seu filho frequenta, vimos por este meio solicitar autorização para a participação do seu educando no referido projecto de investigação, através do preenchimento de um instrumento de colheita de dados, no âmbito da sexualidade adolescente, o qual se encontra disponível para consulta junto do Director da Escola. Será garantido, pela equipa de investigação, o anonimato dos dados recolhidos, os quais se destinam unicamente à realização da referida investigação.

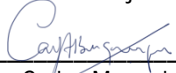
Neste contexto, vimos por este meio solicitar a V. Exa, se digne autorizar o seu educando a participar no estudo. Esta autorização implica assinar o documento destacável, o qual depois de assinado deve ser entregue ao Director de Turma. Pode consultar o instrumento de colheita de dados junto a directora de turma do seu educando ou na página do Projecto através dos link: <http://www.congresso-misij.com/publicacoes.html>.

Agradecendo a sua colaboração, colocamo-nos à inteira disposição para um qualquer outra esclarecimento adicional, através dos números de telefone da Escola Superior de Saúde de Viseu: 232 419 100 / 961 011 800 ou via email da Prof.^a Doutora Paula Nelas (pnelas@gmail.com).

Gratos pela sua preciosa colaboração, subscrevemo-nos com elevada consideração.

Fevereiro de 2012

O Investigador do Projecto


(Prof. Doutor Carlos Manuel de Sousa Albuquerque)
Escola Superior de Saúde/Instituto Politécnico de Viseu

.....(cortar pelo picotado e entregar ao Director de Turma).....



AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ (nome completo),
Encarregado de Educação do Adolescente _____ (nome completo), declaro que **autorizo** que este participe no estudo sobre Sexualidade Adolescente integrado no projecto *Monitorização de Indicadores de Saúde Infanto-Juvenil: Impacto na Educação para a Saúde*.

O Encarregado de Educação

(Assinatura Legível)

____ / ____ / 20____